

Université Lumière Lyon 2
Ecole doctorale : Sciences Humaines et Sociales
Institut d'Etudes Politiques de Lyon
Département des sciences politiques
Laboratoire : Groupe de Recherche en Epistemologie Politique et Historique

De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)

Par Pauline RHENTER

Thèse de doctorat en Science politique
Mention théorie politique - sociologie politique

Dirigée par Jacques MICHEL

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2004

Devant un jury composé de : Antoine JEAMMAUD, Professeur de l'Université Lyon 2 Jean-Louis MARIE, Professeur de l'Université Lyon 2 et IEP de Lyon Jacques MICHEL, Professeur de l'IEP de Lyon Jean-Michel AZORIN, Professeur de l'Université Aix-Marseille 2 Sylvie BIAREZ, Directeur de recherche émérite au C.N.R.S. Loïc VILLERBU, Professeur de l'Université Rennes 2

Table des matières

..	1
Remerciements . .	3
Introduction . .	5
Nos questions .	6
La psychiatrie : un lieu d'interrogation du droit .	6
Une enquête sur l'idée de juridicité .	10
La question de l'institution .	12
Nos méthodes, nos moyens .	13
Quelques points de repère théoriques . .	13
Les outils d'observation . .	18
Terrains d'étude . .	19
Outils . .	24
Livre I. la construction d'une culture psychiatrique de secteur : l'exigence institutionnelle de la juridicité .	29
Chapitre I – D'un droit d'exception à un droit commun . .	32
I. Du non droit à la justification thérapeutique de la despécification pénale .	34
II. Le triomphe de la victime à la faveur de l'argument psychanalytique .	64
III. La despécification civile du malade mental .	92
Chapitre II – D'un lieu à un milieu . .	114
I. De l'institution spéciale au secteur .	115
II. Le secteur, appareil ou doctrine ? .	145
III. Un statut pour les psychiatres de secteur . .	169
Chapitre III – L'actualité de la tension identitaire de la psychiatrie de secteur .	195
I. L'exigence institutionnelle . .	198
II. Paradoxes et tiraillements .	217
Conclusion .	239

Livre II. La culture psychiatrique à l'épreuve du modèle contractuel . .	243
Chapitre I - Le patient au cœur d'un Contrat . .	245
I. Un droit naturel pour la relation médicale . .	246
II. Un droit qui voudrait bien fondé le recours à la contrainte . .	266
III. Un droit formel face à des contraintes objectives . .	300
Chapitre II - L'institution au cœur d'un réseau contractuel . .	321
I. Le réseau en mots . .	322
II. Le réseau en actes . .	351
Chapitre III – Des pratiques qui résistent à l'objectivation . .	394
I. La critique d'une évaluation bureaucratique : le cas du PMSI . .	394
II. Une psychiatrie requise pour une gestion du social ? . .	415
Conclusion . .	453
Conclusion . .	457
Perspectives . .	457
Quelques réponses à nos questions . .	459
Perspectives de recherche . .	462
Annexes . .	465
Liste et grilles des entretiens . .	465
1) <i>Les acteurs psychiatriques . .</i>	465
2) <i>Pierre-Bénite</i> ¹⁸⁷³ . .	466
3) <i>Divers . .</i>	468
<i>Grille d'entretien des membres de l'équipe psychiatrique . .</i>	468
<i>Grille d'entretien pour les acteurs de Pierre-Bénite . .</i>	469
Glossaire . .	470
Table des abréviations . .	471
Archives . .	472
Bibliographie . .	475

¹⁸⁷³ Certaines personnes travaillent à Oullins ou Irigny mais la zone couverte par leur institution de rattachement inclut la commune de Pierre-Bénite.

Ouvrages, et thèses . . .	475
Traités et codes juridiques . . .	478
Ouvrages psychiatriques . . .	478
Contributions à des ouvrages collectifs . . .	480
Revue scientifique . . .	481
Revue psychiatrique . . .	482
Rhizome . . .	483
Pratiques en santé mentale . . .	483
Psychiatrie française . . .	483
Revue de Psychothérapie institutionnelle . . .	484
Perspectives Psychiatriques . . .	484
L'Information Psychiatrique . . .	484
Autres revues . . .	487
Communications, journées d'étude, colloques . . .	488
Lois . . .	490
Décrets et arrêtés . . .	491
Circulaires et directives . . .	492
Ordonnances . . .	494
Jurisprudence . . .	494
Juridictions françaises : . . .	494
Cour Européenne des Droits de l'homme : . . .	495
Déclarations et résolutions . . .	495
<i>Livres Blancs</i> . . .	495
Rapports, études . . .	495
Rapports de secteur, Rapports des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques . . .	497
Diagnostics . . .	498
Documents du Bureau de la Santé Mentale (Direction Générale de la Santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité) . . .	498
Archives de la Direction Générale de la Santé, Archives Nationales de	500

Fontainebleau .	
<i>Annuaire statistique</i> .	501
Débats parlementaires .	501
Supports manuscrits: . .	501
Supports internet: .	502
Presse .	503
<i>Ecrits syndicaux et associatifs (hors archives de la Direction Générale de la Santé)</i> .	503

à David, à Jean-Pierre.

Remerciements

A mon directeur de thèse, le Professeur Jacques Michel, qui a su me faire découvrir un objet passionnant, qui m'a soutenue et conseillée tout au long de mon travail,

A David, Francis, Virginie, Sylvie, Luc, Claire, Taoufik, Didier, ainsi qu'à tous ceux qui ont partagé mon enthousiasme ou mes doutes,

A ma mère, ma sœur, mon frère et à tous les autres membres de ma famille qui m'ont encouragée et aidée pendant toutes ces années.

Introduction

Pourquoi la psychiatrie ? Parce que les psychiatres ont toujours parlé à partir et au-delà de leur savoir, parce que la psychiatrie moderne a toujours cherché à insérer son discours dans une compréhension globale de l'ordre social, de propositions politiques et même d'une culture. En raison de la nature même de leur savoir, la profession psychiatrique veille à ne pas séparer la maladie mentale comme objet de connaissance et la souffrance comme problème humain. Pour conserver un sens à leur spécialité, les praticiens essaient de maintenir l'idée d'une efficacité de leur savoir d'une part et une conception particulière de la justice sociale. Et ce qui fait l'originalité de la psychiatrie, c'est d'être explicite dans son souci de chercher à partir de son exercice, une signification éthique et politique.

La psychiatrie est insérée dans un environnement social. Son savoir interroge certes le pathologique mais bien souvent, il se porte sur le normal. Ainsi, les psychiatres ont cherché, spécialement depuis la Libération, à estimer le niveau de développement de leur société ou le degré d'universalité de ses normes, à partir du problème spécifique de la maladie mentale. Depuis 1945 donc, les psychiatres ont essayé d'augmenter leur espace de réflexion jusqu'à vouloir être entendus dans un espace public conçu comme politique, espace conçu comme celui à partir duquel on devait penser la pertinence et la légitimité de leur pratique. Pour ce faire, il fallut réinterroger les pratiques : pratique du savoir et pratique du social, en leur point de jonction souvent cristallisé autour de questions d'ordre juridique. Toutefois, la question politique qui travaillait les esprits ne devait pas être affaire d'opinion mais de connaissance ; d'autres ressources ont donc été versées à cette cause : alimentée tantôt par la biologie, tantôt par l'anthropologie, la phénoménologie ou

la psychanalyse, la psychiatrie se vit traversée par toutes les grandes interrogations de la science, de la philosophie et des sciences humaines. Et c'est à partir de ces ressources diverses qu'elle questionnait l'espace social dans lequel elle était insérée et un espace politique requérant d'elle une fonction spécifique. Considérant que les exigences internes de leur connaissance imposaient de trouver le moyen d'être autre chose que des experts requis socialement pour leur science, les psychiatres se montrèrent soucieux de droit, justement parce le juridique ne pense pas l'espace social comme pure empiricité. En cela, la psychiatrie nous a interpellée.

Nos questions

La psychiatrie : un lieu d'interrogation du droit

Pour la formation et la pratique du droit, notre intérêt rencontre donc l'intérêt des psychiatres. A partir d'un lieu, celui de la maladie mentale, nous cherchons à mieux comprendre le droit, dans sa genèse et son fonctionnement. Dans le même temps, cette rencontre heureuse avec la psychiatrie permet de vérifier le fait que le droit n'est ni un énoncé qui décrit seulement la réalité sociale, ni l'expression d'une idéalité pure. Saisir des alliances et des conflits entre ce qui est prescrit et ce qui est reçu, telle est notre volonté. Voir le droit fonctionner, c'est alors comprendre comment une règle est respectée plutôt qu'obéie, comme elle devient autre chose qu'un commandement extérieur à son lieu d'application.

Nous nous demandons donc si le droit est un moyen de connaissance, attendu que la folie constitue à la fois le point d'achoppement traditionnel de toute enquête sur le droit et en même temps un point à partir duquel il peut être interrogé. Deux aspects ne peuvent être ici séparés : la pathologie mentale est un phénomène empirique aux manifestations sociales ; elle est objet intellectuel de connaissance. Pour nous, si la culture psychiatrique publique est autant pétrie d'une demande de juridicité, c'est parce qu'elle a élaboré une épistémologie questionnant le rapport entre le social et le politique. Il y a une manière d'aborder la psychiatrie qui consiste en l'histoire de la pharmacopée ; mais inscrire la psychiatrie dans une histoire des sciences n'est pas notre objectif. Ce nous intéresse, c'est sa place dans la société. Pour nous, d'autres trouvailles que les médicaments ont été déterminantes dans l'évolution de la psychiatrie depuis le milieu du XXème siècle. D'autres facteurs plus décisifs signalent en effet la singularité d'une culture qui structure la place de l'équipe psychiatrique dans son rapport politique et juridique à l'état social. Le problème actuel, tel que les praticiens l'énoncent eux-même, n'est toujours pas une question de pharmacopée mais de compréhension publique de la maladie mentale, d'identité publique des praticiens.

Ce qui nous a alertée, c'est le tiraillement de psychiatres appartenant au monde public face à qui leur est proposé actuellement pour encadrer leur pratique. Il faut donc interroger la folie comme problème culturel à partir d'une double question : en quoi le

modèle actuel d'action publique met-il à l'épreuve l'exigence culturelle de juridicité formulée par la psychiatrie publique depuis l'après-guerre ? En quoi cette exigence culturelle nous renseigne-t-elle sur les qualités de l'édifice juridico-politique actuel ?

Nous verrons qu'en dépit d'écarts générationnels, il y a bien une culture commune. Cette éthique professionnelle, nous allons en faire l'histoire en intégrant ses exigences juridico-politiques à un savoir psychiatrique dont les ressources théoriques sont nombreuses. L'actualité de son expression, nous la présenterons à travers les aspects de mutation identitaire d'une partie de la profession.

La psychiatrie publique s'adresse au politique, en émettant des jugements, en formulant une demande d'action publique. Puisqu'elle veut s'insérer dans un espace public où elle puisse conserver les intentions de son savoir, c'est bien vers une interrogation de science politique, au sens classique, qu'elle nous emmène. Nous montrerons donc comment la construction de l'espace public de la psychiatrie prend son sens par rapport à la manière dont le politique s'y inscrit. Il faudra dès lors renoncer à une classification a priori des limites de la médecine et de la maladie mentale, d'où l'intérêt de confronter les conceptions de psychiatres de service public, à travers leurs représentations syndicales ou leurs paroles ordinaires, à l'ensemble juridique qui leur est proposé pour encadrer leur action. Autour de mots comme "la santé mentale", "la souffrance psychique" ou "la maladie mentale", les discussions foisonnent, prenant tantôt l'allure d'une recherche de l'origine de ces réalités, parfois celle d'une définition de ces mêmes notions. Bien sûr, ce débat s'inscrit dans un contexte conflictuel : on a là un exemple particulièrement frappant de "productivité sociale des controverses", selon l'expression de Pierre Lascoumes¹.

En outre, c'est bien parce que la détermination d'une frontière entre le public et le privé² s'intègre à ce débat que la question au fondement de notre étude est essentiellement politique : nous interrogeons ainsi les manières de penser et de contrôler l'articulation entre l'individuel et le collectif, et plus spécifiquement entre la souffrance psychique d'un individu et la collectivité dans laquelle elle s'exprime. La psychiatrie est

¹ Contre une conception faisant des controverses un signe de rapport sociaux "sourds à toute raison" et "un symptôme d'enjeux particularistes inavouables", Pierre Lascoumes considère la situation de controverse productive "dans la mesure où elle rend tangible la co-existence de cadres de connaissance différents permettant de penser et de traiter les situations d'incertitudes scientifiques, mais aussi sociales. Le sociologue pourra ainsi inventorier les dimensions d'un enjeu spécifique, la multiplicité des systèmes d'interprétation, la production de nouvelles identités, les ambiguïtés dispositifs de consultation des acteurs dits concernés par une politique publique, etc. Pierre Lascoumes, "La productivité sociale des controverses", Intervention au séminaire "Penser les sciences, les techniques et l'expertise aujourd'hui", CNRS, Groupe d'analyse des politiques publiques, Ens-Cachan, 25 janvier 2001, www.ehess.fr/centres/koyre/textes/lascoumes.htm, pp. 1-15.

² Didier Fassin reprend la définition de Marc Swartz, Victor Turner et Arthur Tuden selon laquelle l'étude du politique est "l'étude des processus impliqués dans la détermination et la mise en œuvre de buts publics, dans l'obtention et l'utilisation du pouvoir par les membres du groupe concerné par ces buts" (Marc Swartz, Victor Turner et Arthur Tuden, *Political anthropology*, Chicago, Aldine Publishing Company, 1966, p. 4). La frontière entre privé et public constituerait donc l'essence du politique, en référence est faite à Julien Freund (*L'essence du politique*, 1965). Didier Fassin, *L'espace politique de la santé, Essai de généalogie*, Paris, PUF, Sociologies d'aujourd'hui, 1996, *op. cit.*, p. 22.

demanderesse d'un droit qui est forcément issu d'une instance politique, traversée par des valeurs. Notre objet, c'est donc le rapport entre le droit et la psychiatrie ; notre problématique, c'est la façon dont il permet d'interroger un modèle d'action publique.

La psychiatrie a été largement travaillée. Différentes hypothèses ont été élaborées pour l'étudier. On a pu ainsi l'analyser comme pouvoir, chez un Michel Foucault ou un Robert Castel, ou comme exercice quotidien signifiant chez un Albert Ogien³. Il y a selon nous un intérêt à croiser les méthodes respectives de ces auteurs en recourant d'une part à l'étude des textes officiels (de la profession, du droit et du politique) et d'autre part à l'examen de la pratique psychiatrique publique et du sens qui y est élaboré par ses acteurs.

La psychiatrie a aussi été examinée comme un savoir autonome, ce qui pose la question de la manière dont les praticiens intègrent des valeurs. Il faut donc étudier l'exercice de la psychiatrie d'une part comme effectuant un rapport entre d'une part un corps de connaissances et d'autre part, la société, ce qui revient à débusquer une problématique du savoir institutionnalisé⁴. Lorsque ce rapport se stabilise, il y a naturalisation des représentations "que tout groupe tend à produire en vue de se légitimer"⁵. L'identité psychiatrique est bien un produit de l'histoire, qui comme tel pose un problème au présent. La question de la filiation identitaire retiendra donc toute notre attention.

Nous devons nous garder d'une erreur : la psychiatrie comme profession n'est peut-être pas aussi unitaire qu'on pourrait le penser. Par delà la psychiatrie, il y a des psychiatres, d'où l'intérêt d'écouter leur propos, d'entendre leurs pratiques. Nous prendrons donc en compte leur parole en tant que donnée brute, c'est-à-dire, non comme une activité quasi-théorique, mais au contraire comme "une condition constitutive de l'action sociale"⁶. Faisant nôtre l'optique wébérienne, nous considérons le raisonnement praticien, non comme facteur déterminant mécaniquement l'action, mais en tant qu'il est "produit dans l'action sociale par des acteurs qui doivent, en utilisant des règles et des préceptes pratiques, fixer les limites dans lesquels ils interviennent et affecter un contenu

³ En la matière, Albert Ogien oppose la notion de positivité de la pratique, analysée grâce à l'observation de l'intervention psychiatrique et du sens attribué par ses acteurs, et la finalité transcendante qui, traduite en série de normes et de valeur, détermine le sens ultime de l'action qu'elle qualifie. Cette position fonde sa critique des recherches d'un Michel Foucault, ou d'un Robert Castel, qu'Albert Ogien taxe d'"analyses de la pratique psychiatrique conçues comme négativité" parce qu'elles n'autoriseraient pas à établir de corrélation entre les descriptions officielles et représentations publiques (saisies au niveau professionnel, juridique ou politique), et l'activité pratique telle qu'elle se déroule dans son exercice quotidien. Albert Ogien considère notamment que l'analyse des textes officiels est une recherche "qui se referme sur elle-même" (Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique*, Librairie des Méridiens Klincksieck, Collection Réponses sociologiques, Paris, 1989, *op. cit.*, p. 20).

⁴ Nous nous trouvons ici dans une problématique Durkheimienne de l'institution,

⁵ Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, Editions Fayard, Points Seuil, 2001, p. 318. Cette édition publiée par Polity Press sous le titre *Langage and Symbolic Power* en 1991 et comportant les textes initialement publiés en français sous le titre *Ce que parler veut dire* par la Librairie Arthème Fayard en 1982, a été revue et augmentée par l'auteur.

⁶ Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique*, *op. cit.*, p. 263.

explicatif spécifique aux catégories descriptives définissant habituellement ces contextes"⁷. Nous pensons que cela permet de surmonter l'opposition qu'il pourrait y avoir une conception selon laquelle l'acteur entièrement maître des significations dirigeant son action et une perspective le maintenant dans l'ignorance de ses déterminations. Pour dépasser cette opposition, il faut relier les discours psychiatriques aux lieux où ils prennent corps : à des statuts, à des emplacements institutionnels et des situations⁸. Cette opération trace des lignes contrariant largement l'unité professionnelle telle qu'elle serait postulée par une identité de métier. Nous verrons ainsi que les membres d'une profession au sens d'une "catégorie socio-professionnelle" ont des conceptions différentes de "ce qui constitue le centre de leur vie professionnelle"⁹. On découvrira comment l'unité identitaire ne se trouve pas dans un métier résultant d'une formation commune, mais dans un segment professionnel défini spécifiquement en fonction des catégories mobilisées par les professionnels pour se définir (public/privé, universitaire/non universitaire, médecine/sciences humaines...) ¹⁰. Ces lignes de partage qui se superposent et définissent un rapport constituant à la fois le produit et la condition d'une identité font apparaître une culture commune propre à la psychiatrie de secteur.

L'examen de ces frontières entre d'ailleurs en résonance avec les travaux de Lise Demailly sur «la restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels», qui explorent la façon dont, dans leur dimension collective, se jouent à propos et autour des références professionnelles des luttes de classement symboliques et des luttes politiques¹¹. Lise Demailly intègre en effet à ses analyses l'examen des crispations identitaires¹² pouvant se structurer même autour de professions synthétiques fortes, pouvant regrouper divers métiers.¹³ Dans notre thèse, le travail sur l'articulation entre une sociologie de la psychiatrie comme métier relationnel et une sociologie de ses enjeux politiques constitue effectivement un essai de compréhension de la complexité identitaire professionnelle.

⁷ Albert Ogien, *Ibid*, p. 268.

⁸ Michel Foucault, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 1969, p. 74.

⁹ Anselm Strauss notait d'ailleurs à ce sujet que la psychiatrie offrait un exemple frappant de la diversité de l'acte professionnel caractéristique (Anselm Strauss, *La trame de la négociation*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, L'Harmattan, Logiques sociales, Paris, 1992, p. 73).

¹⁰ Anselm Strauss, *Ibid*, p. 73.

¹² Dans le domaine de l'éducation, la défense identitaire est moins liée à une destabilisation rapide des technologies qu'au déclin des mythes mobilisateurs collectifs. Les traits de la défense identitaire sont ceux du modèle de la professionnalité artisanale (isolement dans le travail vécu de manière positive comme une forme de liberté, goût du travail bien fait, polyvalence assurant la maîtrise des processus, importance des savoirs techniques dans la définition du métier) mais aussi selon le modèle "profession libérale", ou établie ou "profession à statut" (Lise Demailly, "La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels", *op. cit.*, p. 6.

Une enquête sur l'idée de juridicité

Interroger le droit à partir de cette culture, que l'on nomme presque à tort "professionnelle", nous invite d'emblée à nuancer certaines visions du droit. Ce dernier est parfois décrit comme un ensemble de normes légales contraignantes. L'originalité de notre point de départ nous obligera à envisager certes la contrainte externe du droit mais également sa contrainte interne, c'est-à-dire sa légitimité¹⁴. En outre, la question d'un droit à l'épreuve d'une culture professionnelle bouleverse l'hypothèse d'un droit conçu comme pur reflet de l'état de la société. En effet, étudier le rapport du droit à sa pratique interroge sa force productrice : montrer le lien entre d'une part une contrainte d'ordre juridico-politique appliquée à l'organisation pratique du soin psychique et d'autre part le champ clinique lui-même exige de découvrir des effets qui ne sont pas prévus de manière précise dans les textes juridiques.

Plusieurs études ont été menées sur fond d'opposition systématique entre le droit et la pratique. Cette hypothèse n'est pas productrice car le droit libère toujours un espace

¹¹ Lise Demailly inscrit ses recherches sur les enseignants dans une rupture relative avec les travaux de Dubar et Sainsaulieu sur les identités au travail au motif qu'ils ont surtout "exploré les identités sous l'aspect de dynamique individuelle. Considérant que le cadre interprétatif qui structure les débats et les conflits par une opposition entre référence professionnelle et référence organisationnelle dans les identités au travail tend à s'installer, l'auteur définit son article comme un "plaidoyer pour une plus grande articulation de la sociologie du travail et de la sociologie politique". Ainsi, il ne s'agit plus pour Lise Demailly d'opposer identité de métier et identité d'entreprise mais d'en saisir les liens dynamiques et politiques. Ceci permet de découvrir une pluralité voire une conflictualité des formes de référence à la profession, une diversité des formes de référence à l'organisation. Ces modèles de référence, qui incluent des lectures diverses de la place légitime des organisations dans l'espace social, du sens et des objectifs politiques des conduites professionnelles, peuvent être étudiés au regard des efforts idéologiques et symboliques de certains groupes dirigeants pour modifier conjointement les modèles professionnels, la régulation des organisations, la gestion des ressources humaines et l'orientation des politiques publiques. L'identification à l'organisation se réfère à un espace territorialisé de coopération interprofessionnelle structuré par un projet et des règles communes ; l'identification à une profession est ce qui se joue par rapport à un groupe d'appartenance et de référence qui franchit les frontières des lieux de travail pour réunir ceux qui ont des pratiques de travail similaire. D'après Lise Demailly, l'opposition de ces deux supports normatifs est un des axes privilégiés des discours managériaux modernistes de l'entreprise privée ou de la haute administration publique (Lise Demailly, "La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels", *Travail et emploi*, n°76, 1998, pp. 3-4).

¹³ Saisir la "complexité réelle des références à la profession et à l'organisation", c'est alors convenir du fait que les identifications en référence à la profession ont un caractère fictionnel, composite, stratégique puisque d'une part il peut exister une rhétorique construite politiquement et symboliquement autour d'un ethos commun en dépit des divergences de pratiques professionnelles et par référence à une famille d'activité large, à un corps professionnel, à un grade ou à une discipline, et parce que d'autre part les références à l'organisation et à la profession ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Pour l'Education Nationale par exemple, la référence est-elle "le ministère, l'académie, ou le lycée ?" se demande Lise Demailly (*Ibid*, p. 7 et p. 9).

¹⁴ Pour Durkheim, il faut "relier l'idée de droit à la conscience des sociétés d'où elles tirent ses racines, bien plus qu'à la contrainte externe et artificielle étatique" Émile Durkheim, "L'origine de l'idée de droit.", Extrait de la *Revue philosophique*, 1893, 35, pp. 290 à 296, Édition électronique réalisée par Jean-Marie Tremblay, Professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi, p. 6. www.ucaq.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/

laissant certes possible le développement d'une pratique différente mais qui se constituera toujours en fonction de cet espace plutôt que d'un autre. Le droit n'a pas à être séparé de sa pratique. Autrement, on risquerait de penser qu'il y a d'un côté, un droit comme "illusion" ou pure rhétorique, et de l'autre, des pratiques comme "réalité"¹⁵. Il faut donc voir que le droit ne s'identifie peut-être pas aux "normes" au sens des valeurs, mais plutôt les règles par lesquelles ces normes circulent. Puisque aucune règle en elle-même, prise isolément, ne constitue une norme, l'aspect normatif serait donc une dimension de la règle, en tant qu'elle s'insère dans un ensemble de règles. Peut-être est-ce là où se situe la véritable juridicité, dans la discrétion et l'implicite du droit, dans l'idéalité politique qui relie les règles entre elles. Notre enquête sur le droit est donc l'occasion d'éprouver la définition durkheimienne du droit, qui le définit comme la représentation idéale et normative du social¹⁶.

Notre démarche s'accorde aussi avec ce que proposent Jacques Commaille et Jean-François Perrin en vue de trancher sur la quête d'identité de la sociologie juridique entre une démarche visant "à saisir le droit tel qu'il est vécu concrètement" et "une analyse de l'application pratique d'une loi en vue d'une réflexion théorisée sur les concepts juridiques"¹⁷. Plusieurs précautions méthodologiques imposent alors d'identifier les productions dogmatiques dont les logiques interagissent avec des logiques sociales à trois niveaux : le processus de création de la norme légale, la coexistence de normes juridiques différentes, le rapport du droit à d'autres logiques normatives¹⁸. L'esprit sociologique des lois peut dès lors être appréhendé par l'étude des acteurs participant à la production des normes touchant la psychiatrie publique, des enjeux mis à jour dans les

¹⁵ Nous faisons allusion à l'ouvrage de Dominique Memmi *Faire vivre et laisser mourir*, qui, au-delà d'une analyse fort enrichissante sur les pratiques liées à la naissance et à la mort, oppose dans deux premières parties un édifice juridico-politique marqué par un recul de la punition et des "ruses de la pratiques" désignant l'intériorisation par les individus d'une conformité biographique dépenalisée. Dans une dernière partie intitulée "Les ferments sociaux du dispositif", Dominique Memmi indique que l'édifice juridico-politique constitue une réponse à l'apparition de la figure de l'auto-soignant au XX^{ème} siècle, elle-même corrélée au processus de rationalisation décrit par Norbert Elias dans *La société de cour*. Cette construction n'élucide à notre sens que partiellement le rapport de la norme à la pratique car c'est bien un droit non coercitif qui ouvre un espace de possibilité à une parole du patient, auto-contrainte par l'exigence d'une conformité biographique. Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, Editions La Découverte, Textes à l'appui, Série "Politique et société", 2003.

¹⁶ Durkheim écrit ainsi : "C'est pourquoi les lois qui le reproduisent, ont nécessairement une forme idéale ; car elles expriment les rapports des choses, non tels qu'ils sont, mais tels qu'ils doivent être. Elles ne sont pas inhérentes aux choses, comme les autres lois de la nature, ou plutôt elles ne sont pas les choses elles-mêmes considérées sous un aspect déterminé ; elles les dominent de haut, bien que leur autorité ne soit pas toujours ni nécessairement respectée" (Émile Durkheim, *Montesquieu et Rousseau. Précurseurs de la sociologie*, Note introductive de Georges Davy, Paris, Librairie Marcel Rivière et Cie, Les Classiques de la sociologie, 1966, pp. 25-113, Edition électronique, p. 45, www.ucaq.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/).

¹⁷ Jacques Commaille et Jean-François Perrin, "Le modèle de Janus de la sociologie du droit", *Droit et société*, n°1, LGDJ, 1985, p. 99.

¹⁸ *Ibid*, pp. 100-102.

débats et de la forme des normes. S'agissant de l'aval de la loi, l'étude des résistances professionnelles à un droit nouveau est l'occasion de vérifier l'intégration des règles dans le champ des pratiques sociales ou d'analyser le fonctionnement des instances de contrôle mises en place par la loi.

Enfin, puisque c'est à une définition politique du droit que la psychiatrie publique en appelle, nous devons considérer le juridique comme un instrument dont se saisissent les gouvernements pour "matérialiser et opérationnaliser l'action gouvernementale", instrument qui se décline comme le dit Pierre Lascoumes dans ses aspects législatif et réglementaire, économique et fiscal, conventionnel et incitatif, informatif et communicationnel¹⁹. Au-delà des instruments d'un gouvernement à proprement parler, nous nous proposons donc d'étudier le cadre normatif élargi de la psychiatrie publique, le but d'une telle démarche étant de saisir l'évolution de "l'organisation théorique de la maladie mentale" au sens où Foucault la relie à "tout un système de pratiques : organisation du réseau médical, système de détection et de prophylaxie, forme de l'assistance, distribution des soins, critères de guérison, définition de l'incapacité civile du malade et de son irresponsabilité pénale : bref tout un ensemble qui définit dans une culture donnée la vie concrète du fou"²⁰.

La question de l'institution

L'objectif est ainsi de mettre en lien une sociologie historique de la création des normes et une sociologie des rapports entre faits sociaux et normes. Si l'étude de la validité interne des normes en question est refusée au profit d'une analyse de la qualification faite la psychiatrie publique, de la découverte des effets sociaux qu'elles produisent, mais également des phénomènes d'ineffectivité intégrant des pratiques qui résistent au droit, notre problématique rejoint un questionnement général sur l'institution.

Pour Emile Durkheim, l'institution est l'objet même de la sociologie parce que l'institution représente la "mémoire du lien social"²¹ ; elle regroupe des croyances et des modes de conduite collectifs. Les formes institutionnelles sont sujettes à dépérissement et renouvellement : chaque rupture du lien social signifie une identification aux institutions, chacun de ses renouvellements désigne une nouvelle référence à une forme institutionnelle. La conception de Durkheim doit donc servir à travailler sur les ruptures et les continuités du lien social à partir des représentations collectives. Durkheim affirme dans *Les formes élémentaires de la vie religieuse* que les catégories de pensée humaine traduisent avant tout des états de la collectivité ; les représentations collectives sont le produit d'une immense coopération qui s'étend non seulement dans l'espace, mais dans le temps ; "pour les faire, une multitude d'esprits divers ont associé, mêlé, combiné leurs

¹⁹ Pierre Lascoumes, "Gouverner par les instruments, ou comment s'instrumentalise l'action publique ?", in *La politisation*, sous la direction de Jacques Lagroye, Belin, Socio-histoires, Paris, 2003, p. 388.

²⁰ Michel Foucault, *Maladie mentale et psychologie* (1954), Paris, PUF, Quadrige, 1997, p. 94.

²¹ René Lourau, *L'analyse institutionnelle*, Paris, Editions de Minuit, Collection Arguments, 1970, p. 110.

idées et leurs sentiments ; de longues séries de générations y ont accumulé leur expérience et leur savoir"²². Ici, c'est le caractère pérenne de l'institution que Durkheim invoque. Dans *Le Suicide*, Durkheim déclare : "Toutes les classes sont aux prises car il n'y a pas de classement établi"²³. Cette phrase suggère l'énigme du changement institutionnel.

Mary Douglas fait sienne la définition durkeimienne de l'institution dans son ouvrage *Comment pensent les institutions* : "Pour qu'une convention devienne une institution sociale légitime, il faut une convention parallèle de type cognitif qui la soutienne". A partir de là, elle entend par institution "tout groupement social légitimé" (famille, jeu, cérémonie...) en excluant comme Durkheim sous le terme d'institution "des arrangements pratiques purement utilitaires ou provisoires et reconnus comme tels"²⁴. Durkheim disait que la nécessité des catégories venait de leur caractère social²⁵, Mary Douglas reprend cette hypothèse en parlant de "naturalisation des classifications sociales" comme principe stabilisateur de toute institution²⁶. Nous verrons pour la psychiatrie de secteur comment cette naturalisation dépend "du degré auquel le discours qui annonce au groupe son identité est fondé dans l'objectivité du groupe auquel il s'adresse, dans la reconnaissance et la croyance que lui accordent les membres de ce groupe, autant que dans les propriétés économiques ou culturelles qu'ils ont en commun"²⁷. Notre développement tiendra donc autant compte des conditions objectives d'exercice des psychiatres, que des représentations à l'œuvre dans la parole syndicale ou ordinaire²⁸.

Nos méthodes, nos moyens

Quelques points de repère théoriques

²² Emile Durkheim, *Les formes élémentaires de la vie religieuse* (1912), Paris, PUF, Quadrige, 1998, p. 22.

²³ Durkheim, *Le suicide*, cité par René Lourau, *op. cit.*, p. 114.

²⁴ Pour Mary Douglas, Andrew Schotter (*Théorie économique des institutions sociales*, 1981) présente les institutions comme des facteurs réducteurs d'entropie ; Schotter suppose qu'elles naissent de l'équilibre qui s'établit entre intérêts et pouvoirs conflictuels, qu'elles passent d'un fonctionnement empirique et normatif à un stockage de l'information nécessaire. D'après Mary Douglas, cette analyse conforme a priori à la pensée de Durkheim, ne dit pas comment se forment les institutions et d'où elles tirent leur stabilité pour fonctionner ainsi (Mary Douglas, *Comment pensent les institutions*, Paris, La découverte et Syros, "La Bibliothèque du M.A.U.S.S.", 1999, pp. 65-69).

²⁵ Emile Durkheim, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, *op. cit.*, p. 23.

²⁶ Mary Douglas, *Comment pensent les institutions*, *op. cit.*, p. 67.

²⁷ Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, *op. cit.*, p. 286.

Il existe de nombreux travaux relativement récents intégrant un questionnement sur la psychiatrie. Nous n'en ferons pas une présentation exhaustive, d'autant que nous en avons déjà évoqué certains, mais nous en retiendrons ceux qui nous semblent les plus significatifs, en les classant par discipline puis par type d'objets.

En sociologie, on trouve des travaux sur les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques²⁹, des études sur les représentations de la santé mentale³⁰, sur les déterminants sociaux des problèmes de santé psychique³¹, sur les transformations de la place des usagers des services de santé mentale³² ou la formation des psychiatres³³. Ces travaux nous ont été utiles. Quelques-uns d'entre eux seulement ont suscité un sentiment de proximité avec notre thèse. Partant, nous choisissons de parler de ceux qui sont devenus des références

²⁸ La représentation syndicale nous permet de saisir l'enjeu des luttes pour l'identité, soit "l'imposition de perceptions et de catégories de perception" (Bourdieu, *Langage et Pouvoir symbolique, op. cit.*, p. 287) et ainsi d'échapper à ce que Durkheim a désigné comme étant les biais des thèses empiristes et aprioristes (Durkheim, *Les formes élémentaires de la vie religieuse, op. cit.*, pp. 18-21). Bourdieu a également pointé les défauts de l'arbitrage objectiviste et l'engagement subjectiviste. Ainsi, le premier mesurerait les représentations à la réalité "en oubliant qu'elles peuvent faire advenir dans la réalité, par l'efficacité propre de l'évocation, ce qu'elles représentent" tandis que le second privilégierait la représentation, ratifiant ainsi sur le terrain de la science "le faux en écriture sociologique par lequel les militants passent de la représentation de la réalité à la réalité de la représentation". Rien n'est moins innocent, écrit Bourdieu, que la question de savoir s'il faut faire entrer dans le système des critères pertinents non seulement les propriétés dites "objectives" (ascendance, territoire, langue...) mais aussi les propriétés dites "subjectives" (comme le sentiment d'appartenance) c-à-d les *représentations* que les agents sociaux se font des divisions de la réalité et qui contribuent à la réalité des divisions. Dans sa note de la page 290, Bourdieu critique autant "le réalisme naïf qui porte à ignorer tout ce qui ne peut pas se montrer ou se toucher du doigt" que l'économisme "qui porte à ne reconnaître d'autres déterminants de l'action sociale que ceux qui sont visiblement inscrits dans les conditions matérielles d'existence" ; enfin, Bourdieu réfute l'objectivisme réducteur auquel aboutit "le *point d'honneur* scientifique qui porte les observateurs à multiplier les signes de rupture avec les représentations du sens commun et qui les condamne à un objectivisme réducteur". Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique, op. cit.*, pp. 287-289.

²⁹ Nous pensons au travail de Lise Demailly, CLERSE-IFRESI-CNRS Lille et CCOMS, "Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques" (Projet de recherche MiRe /DREES 2002) et à celui de Nicolas Henckes (CERMES), "Innovations organisationnelles et impératifs gestionnaires dans la sectorisation psychiatrique : l'organisation sociale de la psychiatrie dans un département français" ((Projet de recherche MiRe /DREES 2002).

³⁰ Claudie Haxaire (Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société) effectue par exemple une recherche sur les "représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes et leurs patients", (Projet de recherche MiRe/DREES- 2002)

³¹ Alain Erhenberg (CESAMES), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, Collection Poche, 2000. On pense ici également à l'ouvrage dirigé par Michel Joubert (CESAMES), *Santé mentale. Ville et violences*, Ramonville Saint-Agne, Erès, Observatoire des Banlieues, de la ville et de l'innovation économique et sociale, 2003.

³² Nicolas Dodier (CERMES), "Les transformations de la place des usagers de santé mentale", Projet MiRe-DREES-2002.

³³ Patrice Pinell, "Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)", *Cahiers de recherche de la MiRe*, La Documentation Française, n°15, avril 2003.

pour notre travail, tout en constatant qu'ils ne sont pas forcément consacrés à la psychiatrie. Ainsi, nous avons déjà expliqué en quoi notre démarche s'accorde avec les recherches menées par Lise Demailly à partir d'un questionnement sur le corps enseignant. Nous avons également constaté une proximité entre notre étude et les réflexions d'Everett Hugues sur la profession médicale et d'Anselm Strauss sur les professions. Le travail d'Everett Hugues sur "les rôles" dans la division du travail³⁴ entre ainsi particulièrement en résonance avec nos analyses. A Anselm Strauss, qui revendique la filiation avec Everett Hugues, nous devons notamment la notion de "segment professionnel"³⁵, qui permet de penser le caractère fragmenté d'une profession, ainsi que l'idée de mutation identitaire d'un groupe professionnel³⁶. Toutefois, de telles ressources ne constituent nullement l'abandon des propositions durkheimiennes visant à explorer le ciment identitaire des groupes professionnels, comme nous l'avons déjà indiqué.

Dans le champ de la sociologie dite juridique, de nombreux articles ont joué pour nous le rôle de garde-fous méthodologiques. Nous pensons précisément ici à la typologie des effets d'une règle de droit de François Rangeon³⁷, à la volonté d'Olivier Paye d'étudier au plan symbolique la représentation syndicale, partisane ou parlementaire³⁸ ou aux

³⁴ Everett Hughes, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Editions de l'EHESS, Collection "Recherches d'histoire et de sciences sociales", 1996.

³⁵ En effet, Anselm Strauss considère les professions comme "formant un amalgame flou de segments en cours d'évolution". D'après lui, l'émergence de segments acquière un sens nouveau quand on les considère comme des mouvements sociaux à l'intérieur d'une profession. Opter pour une telle perspective implique dès lors d'étudier plusieurs aspects : la situation de travail et le contexte institutionnel, le déroulement des carrières, la formation, le recrutement, les images publiques, les relations avec d'autres professions, les phénomènes de leadership (Anselm Strauss, "La dynamique des professions", in *La trame de la négociation, op. cit.*, pp. 85-86). La reconstruction de l'identité psychiatrique de secteur que nous avons opérée aborde quasiment toutes ces dimensions.

³⁶ Anselm Strauss écrit ainsi : "les segments ne sont pas des parties absolument stables, définies pour l'éternité, du corps professionnel... Chaque génération entreprend de déchiffrer à nouveau sa raison d'être et son avenir" (Anselm Strauss, "La dynamique des professions", in *La trame de la négociation, op. cit.*, p. 82).

³⁷ Nous avons retenu tout particulièrement deux précautions : distinguer entre la causalité et la succession entre une règle et un comportement, se départir du préjugé consistant à associer un grand effet à une grande loi et un petit effet à une règle apparemment anodine. D'après François Rangeon, l'effectivité concerne l'ensemble des valeurs juridiques qui débordent largement les seules valeurs économiques et sociales. Il identifie plusieurs facteurs à étudier pour apprécier et expliquer l'effectivité ou l'ineffectivité d'une règle de droit : la nature impérative, incitative ou interprétative de la règle, sa clareté, sa dimension contraignante, la participation de ses destinataires à son élaboration, les pratiques administratives d'application de la règle, le degré de formalisme, la mauvaise communication au sein des services ou entre services, la modification fréquente de la réglementation, le mauvais contrôle de l'application des textes, etc. (François Rangeon, "Réflexion sur l'effectivité du Droit", *Les usages sociaux du Droit*, CURAPP, PUF, 1989, p. 138).

³⁸ Olivier Paye, "Approche socio-politique de la production législative : le Droit comme indicateur de processus de décision et de représentation politique", in *La juridicisation du politique*, sous la direction de Jacques Commaille, Laurence Dumoulin et Cécile Robert, LGDJ, Collection "Droit et société- Recherches et travaux", 2000, p. 235.

propositions de Pierre Lascoumes et de Jean-Pierre Le Bourhis de ne pas réduire le droit à un "système binaire de légalité et d'illégalité", et d'étudier plus généralement le caractère effectif du droit en tenant compte des ressources propres de ses destinataires³⁹. En outre, nous l'avons dit, pour nous le droit n'est pas le pur reflet d'un état social. Il peut cependant être appréhendé comme "un excellent révélateur de l'état des représentations d'un problème à un moment donné et du mode de traitement qu'on choisit de lui appliquer"⁴⁰ : le droit est ainsi un bon indicateur d'une orientation politique.

En anthropologie, l'intérêt des recherches actuelles se porte sur l'invention de catégories de la santé mentale⁴¹ et nous partageons avec elles un certain type d'exigence. En effet, l'interrogation anthropologique pose d'emblée que la définition de la santé ou de la maladie ne va pas de soi : notamment, l'exigence d'un double regard sur la santé publique comme "phénomène culturel" et comme "opérateur de transformations culturelles" doit pouvoir révéler le caractère illusoire de la neutralité axiologique des demandes portées par des discours de santé publique⁴². Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon nous enjoignent ainsi tout particulièrement à examiner à travers ses pratiques discursives, une santé publique "qui annonce toujours plus qu'elle n'agit"⁴³. Nous tentons de faire nôtre ce conseil en effectuant une lecture politique de tout ce qui se présente comme consensuel. En science politique, peu de chercheurs s'interrogent sur la politique de santé mentale⁴⁴. Une thèse récente intitulée *Souffrance psychique et action publique*.

³⁹ Pierre Lascoumes et Jean-Pierre Le Bourhis pensent en particulier à la compétence technique, la compétence bureaucratique, le pouvoir financier ou les attributs symboliques des acteurs, qui définissent une part du jeu entre la règle et sa pratique (Lascoumes et J-P. Le Bourhis, "Des passe-Droits aux passes du Droit. La mise en œuvre socio-juridique de l'action publique", *Droit et société*, n° 32, 1996, pp. 63-70).

⁴⁰ Pierre Lascoumes, *L'éco-pouvoir, environnement et politiques*, Paris, La Découverte, 1994, p. 112.

⁴¹ Didier Fassin et Richard Rechtman se sont plus particulièrement intéressés à la notion de "traumatisme psychique". Voir Richard Rechtman, "Etre victime : généalogie d'une condition clinique", n°67, 2002, pp. 786-793 ; D. Fassin, R. Rechtman, E. D'Halluin, S. Latté, *Traumatisme, victimologie et psychiatrie humanitaire. Nouvelles figures et nouvelles pratiques en santé mentale*, Recherche MiRe/DREES, Paris, 2002 ;

⁴² Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon (dir), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, Collection "Voix et Regards", 2001, p. 19.

⁴³ Didier Fassin, "Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses", *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, op. cit.*, p. 62.

⁴⁴ Sylvie Biarez (CERAT) s'intéresse plus particulièrement à son inachèvement. Elle pointe tout particulièrement les risques que constituent pour la démocratie sanitaire les contraintes gestionnaires et la désinstitutionnalisation. La recherche exploratoire menée par Sylvie Biarez pose parfois des questions proches de celles que nous posons dans notre travail de thèse. Cependant, cette recherche n'a pu, précise Sylvie Biarez, s'appuyer sur un travail de terrain, ni rendre compte des pratiques et débats des cliniciens, ce qui nous semble regrettable. Nous attendons donc avec impatience la diffusion des conclusions d'une étude en cours. Sylvie Biarez, "Quelle politique pour la santé mentale ?", mars 2002, Rapport MiRe/DREES, *Cahiers de recherche de la MiRe*, La Documentation Française, n°15, avril 2003, pp. 34-37.

L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin⁴⁵ a retenu tout particulièrement notre attention.

Si sur certains points de l'analyse entreprise son auteur, par exemple sur l'illusion démocratique d'un certain nombre de procédures de décision en matière psychiatrique, nous rejoignons ses conclusions, il semble que notre recherche demeure radicalement différente. En effet, Sandra Philippe propose une lecture institutionnelle d'une norme qu'elle nomme "santé mentale" correspondant à un décentrement des prises en charge psychiatriques de la psychose vers la souffrance psychique : il s'agit de saisir les manifestations organisationnelles et les prestations de service correspondant à un degré d'intériorisation de la norme "santé mentale". Notre optique semble fondamentalement distincte d'une telle perspective, et ce pour deux raisons essentielles. Tout d'abord, notre problématique procède d'une démarche socio-historique car nous pensons que comprendre des représentations et des pratiques nécessite une lecture diachronique : comment dès lors, adopter "une démarche explicative du changement" tout en refusant de se focaliser "sur la diachronie de la conception d'un modèle de croyance"⁴⁶? Ensuite, prendre pour point de départ la définition officielle de la santé mentale comporte d'après nous des risques : ainsi, il semble que cette perspective tend parfois non à saisir différentes conceptions (de la santé mentale, du secteur psychiatrique, de la profession psychiatrique) émanant de champs différents (politique, social, psychiatrique) mais à faire sienne des catégories officielles devant justement constituer l'objet d'une recherche. On comprend dès lors pourquoi l'auteur de la thèse en question propose des définitions a priori du secteur ou de la profession psychiatrique débouchant sur une vision relativement unitaire de chacune d'entre elles. Pour notre part, nous avons choisi de ne pas réduire le secteur à une définition territoriale, ni la profession psychiatrique à une catégorie socio-professionnelle, car nous voulons d'abord les saisir comme des faits de culture.

Il nous faut désormais évoquer notre malaise quant à un certain nombre d'écrits au statut ambigu⁴⁷. En effet, les ouvrages ou articles qui servent une vision extrêmement engagée plutôt qu'une analyse socio-politique sont pléthoriques. Ils correspondent le plus souvent à des travaux de personnes désignées comme experts, émanant d'élus⁴⁸ ou de praticiens chargés de mission par les Ministères⁴⁹. Nous avons bien évidemment porté ce genre d'écrits au rang de matériau pour l'analyse. Nous avons fait de même avec les

⁴⁵ Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, Thèse de doctorat en science politique, sous la direction de Claude Sorbets, Université Montesquieu, Bordeaux IV, novembre 2002.

⁴⁶ Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, *op. cit.*, p. 32 et 45.

⁴⁸ Evoquons pour l'exemple le Rapport de Monsieur Charzat, député, intitulé "Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques – et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches", mars 2002.

⁴⁹ On pense ici au Rapport Demay "Une voix française pour une psychiatrie différente" (1982), au Rapport Zambrowski "Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française" (1986), à celui de Gérard Massé "La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale" (1992), etc.

écrits de psychiatres, tout en prenant soin de porter une attention spécifique au statut de leur discours. Deux types de précautions visant à sociologiser les points de vue ont été envisagés. Premièrement, il existe de nombreux psychiatres qui cumulent une "double casquette" : ils sont philosophes, anthropologues ou psychanalystes ; le statut de leur discours est donc variable. Un travail minutieux visant à établir le registre de la parole exprimée a été nécessaire, parfois à l'intérieur d'un même écrit ou en fonction du type de support : revue syndicale, pétition, revue psychiatrique spécialisée, rapport de mission, acte de colloque, manuel, essai, traité clinique, autobiographie, procès verbal de réunions ministérielles, etc. Les manuels de droit ont subi le même sort, ainsi que plusieurs articles de doctrine : nous recherchions alors soit des indications objectives sur des jurisprudences ou des dispositions juridiques, soit une vision "émanant du monde juridique".

Tous les travaux que nous avons cités sont importants. Notre originalité à l'intérieur de cet ensemble de recherches pourrait s'énoncer ainsi : notre volonté de questionner le rapport entre savoir, droit et culture exige de relier une sociologie des groupes professionnels, une sociologie politique et une sociologie juridique. La réception dans les pratiques psychiatriques d'un nouveau modèle juridico-politique doit nous aider à qualifier ce modèle ; l'exigence faite au droit par les psychiatres du monde public doit nous renseigner sur les traits d'une culture professionnelle spécifique ; l'étude d'une culture professionnelle doit nous indiquer un rapport singulier au savoir qu'elle mobilise.

Les outils d'observation

Notre question de départ peut donc s'énoncer ainsi : en quoi le modèle actuel d'action publique met-il à l'épreuve l'exigence culturelle de juridicité formulée par la psychiatrie publique depuis l'après-guerre ?

Nous avons donc cherché des méthodes qui respecte le choix d'une telle question. Caractériser l'exigence culturelle qui nous préoccupe nécessite une étude diachronique, étudier sa mise à l'épreuve un travail synchronique. Dans les deux cas, une connaissance du droit positif en vigueur s'impose. Le croisement de plusieurs regards est opportun : un regard sur le rapport entre passé et présent, un regard sur le rapport entre discours ordinaire et discours de représentation.

⁴⁷ Nous pensons par exemple à un article de Marcel Jaeger, sociologue, dans lequel il affirme ceci à propos de l'articulation du sanitaire, du médico-social et du social : "il importe d'aider à la construction d'un langage commun et à la mise en synergie des savoirs [...] cela suppose de repenser les formations, à la fois en terme d'adaptation à l'emploi et en opérant une projection sur les besoins à venir" (Marcel Jaeger, "L'articulation du sanitaire, du médico-social et du social", in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué (dir), *La santé mentale des français*, Odile Jacob, Paris, 2002, pp. 341-343). A l'inverse, on trouve parfois des réflexions qui relèvent d'une interrogation plus sociologique que praticienne, chez les praticiens eux-mêmes. A titre d'exemple, citons François Cloutier, psychiatre : "Aucune définition de la santé mentale ne peut être satisfaisante. Cela tient à la notion même d'un concept qui implique nécessairement un jugement de valeur. La santé mentale n'a de sens qu'à l'intérieur d'un système socio-culturel qui prévaut dans un milieu donné." (François Cloutier, "Des définitions nombreuses, mais jamais satisfaisantes", *Problèmes politiques et sociaux*, Dossier "Santé mentale et société", La documentation française, Dossier réalisé par Anne M. Lovell, avril 2004, n°899, p. 16.

Dans une perspective diachronique, afin de retrouver les formes de cette demande de juridicité, il nous faut reconstituer les lieux de son expression : notre premier matériau est donc constitué des archives de la Direction Générale de la Santé et de la revue syndicale psychiatrique, *L'Information Psychiatrique*, depuis 1945. Ce matériau est complété par les traces d'une multitude d'événements psychiatriques (congrès, grèves, rédactions de projets de loi, etc.). Nous espérons de telles sources qu'elles fassent surgir les moments normatifs forts de l'histoire de la psychiatrie publique, inscrits dans une histoire politique et juridique plus large.

La seconde perspective analytique, synchronique, impose de trouver un terrain d'enquête répondant à plusieurs conditions : il nous faut rechercher des équipes soignantes exerçant dans des conditions proches, et auxquelles s'applique un même droit nouveau. Deux lieux d'investigation ont donc retenu notre attention : le secteur desservant la Commune de Rillieux-La-Pape, rattaché au Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier (Bron) et celui rattaché à l'Etablissement public de santé mentale de Maison Blanche (Neuilly-Sur-Marne), dans l'Est parisien. Ces deux ensembles de services psychiatriques publics ont en effet entre autres points communs d'être sectorisés, implantés en milieu urbain, dans des zones accueillant des populations dites défavorisées. Leur exploration n'est pas conçue comme un moyen exclusif de connaissance d'un milieu psychiatrique : tout ce qui peut d'après nous constituer la manifestation d'un trait culturel de la psychiatrie publique doit être retenu. C'est notamment pour cette raison que nous avons retenu un troisième matériau d'enquête localisé dans la ville de Pierre-Bénite, afin de confronter des visions émanant d'acteurs non exclusivement psychiatriques, à l'occasion d'un travail spécifique sur la question des réseaux.

Terrains d'étude

Outre la nécessité que le choix de deux secteurs psychiatriques, l'un en banlieue lyonnaise, l'autre en région parisienne, réponde à des exigences pratiques du déroulement de la recherche, il s'avérait important de se situer sur un terrain vierge des investigations scientifiques. L'accès à un terrain n'a pas été d'emblée facilité. En effet, plusieurs tentatives ont été menées en direction de l'établissement de Saint-Jean de Dieu, mais elles ne s'avèrent pas propices.

Partant, nous avons trouvé un terrain plus favorable au Centre Hospitalier du Vinatier, plus habitué peut-être à l'intrusion de chercheurs, qu'ils soient historiens, ethnologues, philosophes, sociologues ou économistes. Deux exemples en attestent. Tout d'abord, la constitution d'un groupe de travail "Culture à l'hôpital" dans le cadre d'une convention entre la DRAC et l'Agence régionale de l'hospitalisation en juillet 2000 a débouché sur un travail pluridisciplinaire, notamment avec des chercheurs de l'Université Lyon 2, coordonné par la FERME du Vinatier⁵⁰, unité culturelle du Centre Hospitalier Spécialisé⁵¹. Ensuite, l'implantation de l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) à l'hôpital même, depuis 1993, qui se concrétise par des actions de recherche et de formation sur la clinique psycho-sociale, est de nature à

⁵⁰ Fondation pour l'Etude et la Recherche sur les Mémoires et l'Expression, Le Vinatier, Bron.

renforcer une ouverture aux regards extérieurs⁵². Nous avons mené une enquête de terrain sur l'un des secteurs psychiatriques dont Le Vinatier a la charge, le secteur 69 G07, et plus spécifiquement sur l'équipe soignante assurant des soins à la population de Rillieux-La-Pape⁵³. Ce secteur, qui comprend une unité d'hospitalisation au Centre Hospitalier et des services extra-hospitaliers variés n'avait jamais fait l'objet d'une investigation sociologique. Le personnel travaillant au Centres Médico-Psychologique de Rillieux-La-Pape a constitué notre population d'enquête⁵⁴.

⁵¹ Jean-Paul Ségade, directeur général du CH Le Vinatier déclarait ainsi en 1999 : "le projet institutionnel de la ferme du Vinatier est donc à la fois un pari sur la culture et l'histoire de l'hôpital, la recherche d'une identité professionnelle commune, l'ouverture vers l'extérieur, mais aussi un regard sur son histoire, la maturité de la prise en compte de son évolution, la modestie dans l'action des hommes" (Jean-Paul Ségade, "Culture et santé sont étroitement liées", *Le Vinatier un hôpital en travail*, Editions la Ferme du Vinatier, 1999, p. 6).

⁵² Nous avons d'ailleurs mené récemment une conférence avec Christian Laval, sociologue à l'ORSPERE, au Centre Hospitalier de Vienne, sur le thème des "réseaux de santé mentale", Vienne, 24 juin 2004.

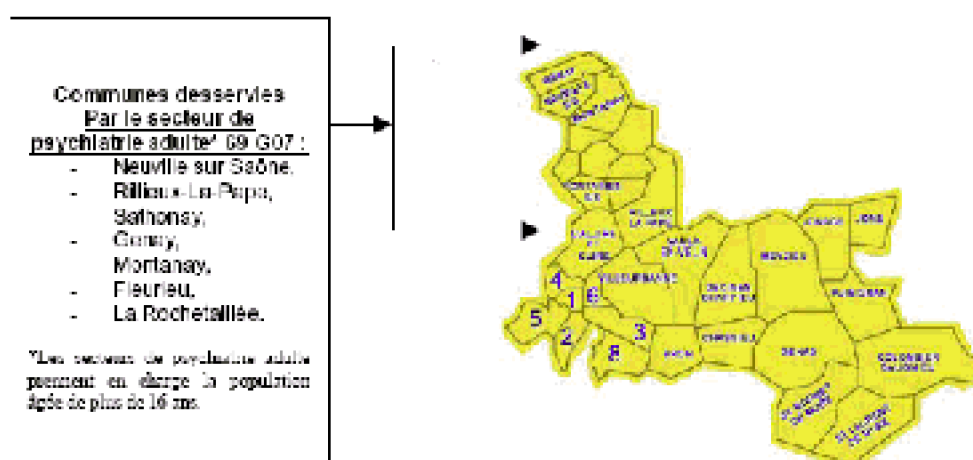
⁵³ Le secteur 69 G07 couvre les communes de Rillieux-La-Pape, Neuville sur Saône, Sathonay, Genay, Montanay, Fleurieu et La Rochetaillée.

⁵⁴ L'intérêt d'un tel terrain réside dans le fait que le personnel du Centres Médico-Psychologique n'y exerce pas exclusivement. Nous pouvions donc espérer saisir des représentations différentes entre le personnel travaillant exclusivement en extra-hospitalier et celui ayant une pratique mixte (intra et extra-hospitalier).

Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier²⁶ :

Premier centre psychiatrique en Rhône-Alpes
 Services de soins intra-hospitaliers : Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier
 Nombre de centres de soins ambulatoires : environ 50
 Nombre de lits d'hospitalisation : 323 (en 2003)
 Nombre de patients pris en charge : 26 600 (en 2003)

Zone géo-démographique relevant du Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier :
 Une partie de la ville de Lyon, Est et Nord de la communauté urbaine.



Un terrain lyonnais, plan de situation :

Notre second terrain d'enquête concerne un autre secteur psychiatrique, le secteur 27, qui a la charge d'une population résidant dans le quartier de Belleville, dans le XX^{ème} arrondissement de Paris. Ce secteur comprenait une unité d'hospitalisation à l'Hôpital Maison Blanche de Neuilly sur Marne jusqu'en 2004, désormais située à l'hôpital de la Croix Saint-Simon dans le XX^{ème} arrondissement de Paris. L'accès à ce terrain n'a pas posé spécialement de problème. Le chef de service de ce secteur nous a d'ailleurs fourni un ensemble de données internes au service (projet d'établissement, Rapports d'activité du secteur, Rapports du département d'information médicale, etc.). Comme pour notre étude lyonnaise, nous avons restreint notre population d'enquête au personnel travaillant au Centres Médico-Psychologique, d'une part parce qu'il est l'organe visible de l'institution psychiatrique dans la cité, et d'autre part parce qu'il regroupe des praticiens travaillant selon des proportions variables en intra et en extra-hospitalier. Ce choix doit donc permettre d'avoir une restitution assez complète des prises en charge (de l'hospitalisation à la consultation à domicile).

Etablissement public de santé Maison Blanche*

Population prise en charge : Nord-Est de Paris intra-muros, 18^e, 19^e, XVII^e, XIX^e et XX^e arrondissements

Nombre de soeurs : 10 soeurs de psychiatrie générale et deux intersecteurs Enfants-Juveniles

Unités d'hospitalisation : Hôpital Maison Blanche (Neuilly sur Marne) et Hôpital de la Croix Saint Simon (Paris XX^e arr.)

Nombre de patients pris en charge : 14000 (en 2001)

Nombre de lits d'hospitalisations sur le site de Neuilly sur Marne : 600

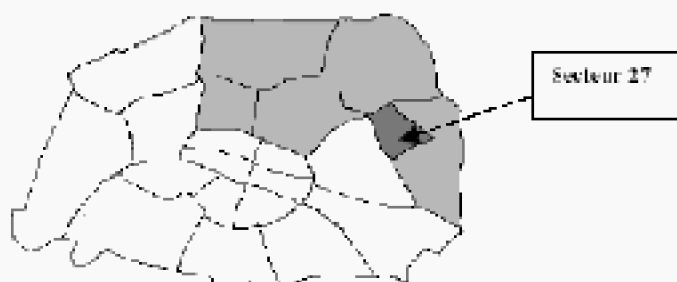
Implantation de l'hospitalisation à Paris intra-muros :

- 135 lits dans l'enceinte d'un Centre Hospitalier universitaire appartenant aux hôpitaux de Paris (Hôpital Bichat – Paris 18^e),
- 126 lits joints à un hôpital privé participant au service public (La Croix Saint Simon, Paris 20^e),
- 80 lits à la clinique Remy de Gourmont, Paris 14^e,
- 100 lits cinq rue de Hauteville, Paris 9^e
- 32 lits (hospitalisation et foyer de post-cure), Paris 20^e

Structures ambulatoires dispensant des soins de proximité : environ 50

Un terrain psychiatrique parisien, plan de situation :

Zone géo-démographique relevant de l'EPS Maison Blanche :
IXe, Xe, XVIIIe, XIXe et XXe arrondissements de Paris



Les arrondissements grisés correspondent à la zone géo-démographique desservie par l'EPS Maison Blanche : soit 5 arrondissements de Paris.

Les structures du Secteur de psychiatrie adulte 27 :

- Le centre d'accueil intrapariétal à temps partiel Cambetta
- Le Centre de Posture La métairie
- Le Centres Médico-Psychologique des Mûriers
- Le Café club Le Bouffadou
- Les unités d'accueil et d'hospitalisation d'Avron (Hôpital de La Croix Saint-Simon)

Nous avons complété ces deux terrains d'enquête "psychiatriques" par un troisième. Notre travail n'est en effet pas limité au questionnement de visions psychiatriques du monde en concurrence : il a également intégré une interrogation sur la représentation par les acteurs de la ville de la psychiatrie, de la souffrance psychique, de la maladie mentale. Nous avons donc réalisé une série d'entretiens auprès des acteurs non psychiatriques de la commune de Pierre-Bénite, en région lyonnaise. Ce site a été choisi en fonction de différentes caractéristiques dont la principale est l'existence d'une population dite précarisée vivant en milieu urbain. Nous verrons dans notre développement que ce terrain importe spécifiquement quant à l'étude de la genèse des dispositifs de réseau en santé mentale. Ainsi, si l'on compare les trois terrains d'enquête choisis, chacun d'entre eux se trouve à une étape différente dans la création d'un dispositif de réseau alliant la psychiatrie et les acteurs de la cité.

Structures et services locaux sollicités pour l'enquête de terrain

Domaine	Structures et services
Social	Centre communal d'action sociale Maison départementale du Rhône Contrat de Ville Foyer d'hébergement Maison du développement (insertion économique) Service Municipal Enfance et Jeunesse Mission locale Associations
Santé	Centre de Santé Protection maternelle infantile Centres médicaux psychologiques Cherche de l'hôpital psychiatrique
Police	Police Municipale Police nationale
Education et loisirs	Bureau d'Information et de la jeunesse Hôtel de ville de la Jeunesse Maison de la jeunesse et de la culture Collège
Justice	Protection judiciaire de la jeunesse

Un terrain complémentaire : les acteurs de Pierre-Bénite

Outils

Notre recherche utilise de nombreuses ressources. Il nous est difficile de les placer par ordre d'importance parce que plusieurs d'entre elles présentent un intérêt que nous considérons comme équivalent. L'analyse synchronique s'appuie sur des entretiens semi-directifs, l'actualité syndicale⁵⁵, des revues psychiatriques (Psychiatrie française,

⁵⁵ Notamment grâce aux sites internet spécialement consacrés à l'actualité de la psychiatrie : www.psychiatrie.com (site du Syndicat des psychiatres des Hôpitaux et de la Société de l'Information psychiatrique), www.eg-psychiatrie.com (Site de la Fédération Française de Psychiatrie qui regroupe les associations scientifiques françaises de psychiatrie, huit syndicats de psychiatres, des associations d'infirmiers...), www.serpsy.org (Soin, Etude et Recherche en Psychiatrie), etc.

Perspectives Psychiatrique, Pratiques en santé mentale...), des articles de presse, des essais psychiatriques, des discours politiques, des textes de droit, des données fournies par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et sociale.

Au total, nous avons mené cinquante-trois entretiens, dont une moitié s'est déroulée auprès d'acteurs travaillant en institution psychiatrique (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, cadres de santé), et une moitié auprès d'autres acteurs relevant de champs variés (social, éducatif, répressif, politique, etc.). Tous les acteurs interrogés ont pour point commun d'exercer des métiers relationnels : ils reçoivent tous un public en première intention. Cette donnée répond à une condition autorisant toute comparaison. Enfin, la bipartition entre deux types d'entretiens se justifie par le fait qu'en pratique, il y a interaction entre le monde psychiatrique et d'autres acteurs, qu'elle soit imposée ou spontanée. L'identification des acteurs pertinents s'est construite progressivement de sorte que la chronologie des rencontres signifie plus une évolution de nos hypothèses que l'application programmée d'une liste établie a priori.

Les entretiens n'ont pas été enregistrés ; nous devons expliquer un tel choix. Tout d'abord, la faible disponibilité du personnel soignant et partant l'impossibilité a priori d'obtenir des entrevues dépassant une durée d'une heure est de nature à entraver l'oubli progressif de l'enregistrement. Ensuite, la signification fréquente par nos interlocuteurs des tout premiers entretiens "que ce n'est pas la peine de noter" alors qu'ils nous livraient ensuite des sentiments essentiels à la compréhension de leur culture⁵⁶, a conforté notre décision de prendre des notes manuscrites basées sur un système d'abréviation visant la plus grande rapidité. Enfin, lorsqu'il s'est agi de nous entretenir avec des professionnels relevant de champs différents dans le cadre d'une exploration du niveau de partenariat qui pouvait les unir, la plupart de nos interlocuteurs ont exigé de nous la plus grande discrétion quant au "jugement de compétence" qu'ils portaient sur d'autres acteurs de la ville. Nous supposons qu'un enregistrement aurait amputé l'expression de ce jugement.

Deux grilles d'entretiens ont été constituées (l'une s'adressant au monde psychiatrique, l'autre à ses interlocuteurs), dont certaines questions sont identiques. Globalement, trois types d'enseignements sont visés : une description de la pratique d'une activité, un jugement sur les contraintes et les possibilités typiquement perçues comme actuelles, une définition de sa propre identité (statut, rôle et fonction). Nous avons volontairement opté pour une grille de questionnement souple favorisant les digressions. En outre, nous avons souvent mémorisé des remarques livrées hors entretien, dans des contextes extrêmement variés (déjeuner avec l'équipe soignante, trajet en voiture avec le chef de service, salle d'attente, "pas de la porte"...). Enfin, quelques entretiens collectifs ont eu pour but de comprendre le fonctionnement de certains dispositifs⁵⁷.

Une autre source déterminante réside dans les documents de travail et synthèses de réunions relativement récentes consultés au Bureau de la Santé mentale de la Direction Générale de la Santé. En réalité, l'avantage d'une telle documentation consiste dans le

⁵⁶ Par exemple, le fait de nous livrer pour un professionnel les raisons d'une politique d'exclusion personnelle d'un collègue est utile à la compréhension des facteurs d'intégration à l'équipe soignante et partant, des valeurs communes récurrentes.

⁵⁷ Ce fut le cas notamment pour comprendre le fonctionnement de la cellule interface 9^{ème} (Vaise).

fait que les membres de ce bureau nous ont confié des dossiers "en instance de tri", avant leur envoi aux archives nationales de Fontainebleau, ce qui nous a permis d'avoir en mains des notes de services, des courriers internes ou des lettres qui seront probablement jetés avant le prochain versement aux archives nationales. Une telle circonstance a donc limité le caractère parfois statique des données archivistiques, le matériau d'autant plus vivant lorsqu'il n'a pas été modifié en vue d'un usage particulier⁵⁸. L'utilisation de telles données a révélé l'artifice maintenant une dichotomie entre le passé et le présent. Pour notre analyse, le même type de sources est en effet utilisé sur de longues périodes. Ainsi, la consultation des archives de la Direction Générale de la santé porte sur des documents allant de 1945 à 2003.

Notre volonté initiale était de retrouver tous les actes de la Commission des Maladies Mentales, commission ayant longtemps joué le rôle d'intermédiaire entre les représentants de la psychiatrie et les ministères (de la Santé et de la Justice essentiellement). Comme plusieurs cartons d'archives sont interdits à la consultation en raison d'un fort taux d'amiante, nous avons tenté de reconstituer, pour les périodes non renseignées, le travail de la Commission des Maladies Mentales à partir de la reproduction de certains de ses procès verbaux dans la revue *L'Information Psychiatrique*, à l'époque où elle constituait encore un support de diffusion des actes du Syndicat des Médecins des Hôpitaux psychiatriques. Cependant, tous ces documents n'ont pas été la seule source de reconstitution des représentations passées.

Ainsi, nous avons une liste de références, mais également une liste de rencontres. Côté des acteurs ayant concrètement participé à une histoire psychiatrique qui s'écrit aujourd'hui nous a permis d'éclaircir de nombreux points difficiles à comprendre sans un récit par et sur les hommes considérés comme les pionniers de l'évolution institutionnelle des soins psychiatriques. De nombreuses rencontres sont notamment le fruit d'un séminaire organisé par notre directeur de thèse et nous-mêmes⁵⁹, dans le cadre d'une réflexion sur les cultures professionnelles en santé mentale. Outre la possibilité offerte par ce séminaire de travailler avec des psychiatres, il faut avouer qu'il a dans le même temps créé un espace pour travailler sur les psychiatres. En effet, les interactions entre les praticiens invités, confinant parfois à une véritable confrontation, ont souvent constitué des points de départ pour questionner autrement notre terrain, ou des éléments de confirmation des hypothèses formulées à partir d'autres lieux.

S'agissant des textes juridiques enfin, un travail minutieux d'analyse des débats parlementaires et des textes de loi régissant la psychiatrie publique s'est avéré nécessaire, qui serait resté incomplet voire biaisé si nous n'avions pas également examiné le niveau des règlements ou des consignes ministérielles d'interprétation de la loi.

Quant aux ouvrages de psychopathologie, ils ont été sélectionnés en fonction du rôle

⁵⁸ Précisons ici que la référence en note de bas de page "Archives DGS" indique que les documents étudiés se trouvent aux archives nationales de Fontainebleau ; la mention "Documents DGS" signifie qu'ils nous ont été livrés tels qu'ils étaient rangés dans les placards du Bureau de la santé mentale, au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

⁵⁹ Séminaire de recherche sur les cultures professionnelles en santé mentale, MiRe/DREES, GREPH-IEP, Lyon, 2001-2002.

joué par leurs auteurs dans le processus de construction de la politique de secteur. Rappelons-le ici, nous ne voulions pas faire une histoire des idées déconnectée d'une histoire institutionnelle. C'est pour cette raison notamment que nous avons recherché les réflexions cliniques des membres de la Commission des Maladies Mentales.

Nous souhaitons, rappelons-le, mettre à l'épreuve d'une culture professionnelle psychiatrique un modèle juridico-politique. Les étapes de notre exposé vise donc à mettre en rapport la culture professionnelle du monde de la psychiatrie publique et les propositions juridico-politiques qui lui sont faites. Notre recherche et ses résultats seront exposés de la manière suivante. Dans un premier moment, nous montrerons la construction et la persistance de l'identité psychiatrique de secteur, telle qu'elle s'élabore depuis l'après-guerre et telle qu'elle se structure à partir d'une exigence institutionnelle de juridicité, avec comme élément central de cette culture, le souci de restituer au malade mental un droit et milieu commun. Dans un second temps, nous verrons comment est perçu et pratiqué le modèle juridico-politique actuel que nous appelons "contractuel", tel qu'il est proposé à la psychiatrie publique. Ce modèle s'incarne non seulement dans un droit et sa pratique, ainsi que dans un dispositif d'organisation et d'évaluation des pratiques, qui questionnent l'identité des psychiatres de secteur et la fonction sociale qu'ils exercent.

Livre I. la construction d'une culture psychiatrique de secteur : l'exigence institutionnelle de la juridicité

L'article 64 de l'ancien Code Pénal de 1810 d'après lequel "Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action...", ainsi que son environnement procédural ont fondé la psychiatrie⁶⁰. La loi du 30 juin 1838, en créant un lieu extérieur au social, lui a donné la charge d'organiser un espace qui a été le creuset d'expériences et de recherches théoriques sur la maladie mentale. Cet espace technique s'est progressivement modifié et au lendemain de la seconde guerre mondiale, les volontés psychiatriques de redonner aux malades des capacités sociales ont constitué autant

⁶⁰ L'énoncé revient à Philippe Rappard, psychiatre ("Rapport de médecine légale du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française", LXXXVIII^{ème} session, Masson, 1990, p. 159). Philippe Rappard, ancien interne au Centre de traitement et de Réadaptation sociale de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval dans le service du Docteur Henri Ey, médecin des hôpitaux psychiatriques en 1957, a été médecin-chef des services de sûreté de Hoerdt et de Sarreguemines. Il a écrit de nombreux ouvrages dont *La folie et l'Etat* (Privat, 1981,) et *L'Etat et la psychose, coupables mais pas responsables* (L'Harmattan, 2000). D'après Philippe Rappard, l'article 64 du Code Pénal de 1810, en faisant échapper le malade criminel ou délinquant au tribunal, a ouvert la voie à l'inscription de la psychiatrie dans le domaine du non-judiciaire ; la psychiatrie eut alors tendance à "fonctionner comme anti-juridicité" et le non-lieu judiciaire, suivi de l'internement administratif ont conduit les psychiatres "à devoir prévenir le passage à l'acte, plus qu'à traiter la tendance anti-sociale" (Philippe Rappard, "Le crime n'est plus annulé", *Psychiatrie française*, n°1, mars 1994, p. 65).

d'adresses à penser autrement la profession. Le statut du malade (ses incapacités juridiques) comme celui du psychiatre (sa "capacité" technique) sont aussi devenus les lieux de l'interrogation sur les déficits du droit commun lui-même. La pensée professionnelle a ainsi débordé le cadre du métier de psychiatre pour porter des estimations et des jugements sur l'ordre politique et social. Incorporant de nouvelles ressources telles que la psychanalyse ou la phénoménologie, la psychiatrie y a trouvé les motifs de nouvelles expériences dont la validité locale d'interrogation se voulaient porteuses d'une valeur générale de réforme. Dans le même temps, le droit et la pensée du droit sont devenus un enjeu de la profession psychiatrique exerçant dans les hôpitaux psychiatriques. Pour ces raisons, nous nous autoriserons l'idée d'une dialectique entre le droit et la psychiatrie.

Cette dialectique est fondée sur la nature spécifique de la psychiatrie. En effet, si elle a autant parlé, écrit en matière de droit, et s'est avancée dans la théorie voire la philosophie du droit, c'est parce que les problèmes du diagnostic et ceux de la qualification juridique des actes se rejoignent, mais également parce qu'une représentation jurisprudentielle de l'exercice de la justice s'est formée, comme en matière de clinique, à partir de l'irréductibilité du cas aux catégories disponibles. Nous voulons saisir les moments décisifs où ce qui est de l'ordre du savoir psychiatrique est devenu culture en débordant sa localisation, où des jugements sur le social, le droit, la politique ont produit une culture professionnelle plutôt qu'ils n'ont été produits par elle. Nous formulons donc l'hypothèse qu'il y a une culture professionnelle parce qu'il y a une interrogation de la culture de la société politico-juridique où la profession s'exerce. Cependant, affirmer que la culture n'est pas le savoir ne signifie nullement que le savoir n'est pas requis par la profession pour servir les valeurs défendues auprès de la société globale. L'essentiel est donc de travailler sur la manière dont ces savoirs et cette histoire où de grands noms apparaissent sur un registre théorique ou pragmatique, se sont portés vers la culture.

Notre livre premier pourrait s'annoncer ainsi : l'identité de la psychiatrie publique de secteur s'est construite et se construit toujours sur une exigence de juridicité. Une telle affirmation mérite plusieurs clarifications. Sur l'exigence de juridicité d'abord, nous faisons appel à une définition du droit que certains taxent facilement de dogmatique ou d'essentialiste, mais que nous croyons anthropologique. La juridicité à laquelle nous faisons référence est celle d'un droit "où chacun ne se voit plus du point de vue de sa seule particularité, un droit qui propose les modalités concrètes du refus d'identification à soi-même"⁶¹. Le caractère normatif du droit signifie alors sa capacité à ne pas dériver du pur fait. Or comme le fait est le lieu de la différence, la juridicité sera celui du commun. Cela ne signifie aucunement que le droit positif détient la vérité puisque justement, celui-ci est nécessairement déficitaire quant à sa juridicité même.

Sur la notion d'identité ensuite, nous recourons à Emile Durkheim pour comprendre comment d'une pratique naît une identité et des normes aptes à permettre le jugement. Jugeant que l'approche durkheimienne manque de concrétude et assigne une fonction a priori à chaque profession, l'approche interactionniste a tenté de déconstruire cette

⁶¹ Claude Lévi-Strauss, "Jean-Jacques Rousseau fondateur des sciences de l'homme", in *Anthropologie Structurale II*, Paris, Plon, Agora, 1996, p. 51.

définition du groupe professionnel : dès lors, la caractéristique d'une profession résidera dans sa capacité à faire reconnaître par la société ses exigences. Et c'est cette reconnaissance sociale qui permet aux professions d'avoir un pouvoir statutaire⁶². C'est alors moins dans les valeurs elles-mêmes que dans le rapport entre les valeurs d'une profession et la culture globale que se construit une identité témoignant d'une reconnaissance sociale. Il ne nous semble pas que l'approche durkheimienne contredise la perspective interactionniste. En effet, la capacité à faire reconnaître par la société les exigences liées à l'exercice de son savoir constitue à proprement parler la cohésion du groupe alors à même de se conduire comme un corps intermédiaire au sens de Durkheim. Dans une telle perspective, l'identité professionnelle se construit dans un rapport réussi entre valeurs du groupe et valeurs de la culture globale. Autrement dit, le sentiment d'une coupure entre les deux signale chez les professionnels une culture commune moribonde au profit peut-être d'une autre culture naissante⁶³. Ce que les approches interactionnistes ont pu reprocher aux analyses dites fonctionnalistes, telles que celles de Talcott Parsons sur la profession médicale⁶⁴, c'est la sacralisation de certaines professions ; ce qu'elles ont voulu avant tout, c'est réinscrire les rhétoriques professionnelles dans des interactions prises dans des contraintes institutionnelles pouvant faire l'objet d'une analyse sociologique. Est-ce à dire que toutes les relations de service sont à ce point équivalentes qu'une sociologie pourrait s'appliquer de manière indifférente au groupe professionnel qui constitue son objet ? Nous ne le pensons pas, à l'instar de Lise Demailly qui exige une opération d'hygiène intellectuelle visant à rechercher les dynamiques socio-historiques spécifiques de chaque pratique professionnelle. En outre, l'idée selon laquelle une profession ne correspond pas à une identité unitaire ne semble en rien invalider la définition durkheimienne du groupe professionnel : elle exige simplement de situer l'analyse non au niveau de la profession mais de ses segments. C'est en l'occurrence dans notre travail la psychiatrie de secteur qui s'est dessinée comme un segment professionnel dont nous chercherons à identifier les traits axiologiques saillants.

Emile Durkheim invitait en 1893 à ne pas séparer la philosophie du droit de la sociologie, autrement dit à relier l'idée de droit à la conscience des sociétés d'où elles tirent ses racines, bien plus qu'à la contrainte externe et artificielle étatique⁶⁵. Le conseil

⁶² Cf. Everett Huges, *Men and their work*, Glencoe, The Free Press, 1952.

⁶³ Durkheim définit la cohésion d'un groupe professionnel par un ensemble de valeurs communes. D'après lui, une morale et un Droit professionnel ne peuvent s'établir que lorsque la corporation "au lieu de rester un agrégat confus et sans unité, devient, ou plutôt redevient un groupe défini, organisé, en un mot une institution publique" (Emile Durkheim, Préface à la seconde édition, *De la division du travail social* (1893), PUF, Quadrige, 1996, p. 17). Cela ne nous semble en contradiction avec la pensée de Norbert Elias qui, dans *Les logiques de l'exclusion*, distingue une différence objective de cohésion entre deux groupes ne tenant pas à un niveau de vie, ni à un type d'occupation, un type de logement ou de religion. Ces deux groupes, ce sont les vieilles familles et les nouveaux venus à Winston Parva, de sorte que la cohésion des uns résulte d'un passé commun "d'un stock de souvenirs, d'attaches et de dégoûts communs". Le développement d'un imaginaire décalé par rapport à la réalité, nous dit Elias, est d'autant plus probable que le groupe se sent menacé (Norbert Elias, *Les Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard, 1997, p. 55).

⁶⁴ Cf. Talcott Parsons, "Structure sociale et processus dynamique", Traduction française de 1955.

durkheimien constitue le point de départ de ce livre, dont l'objet est la compréhension de l'idée de droit qui a présidé à la construction d'une culture professionnelle psychiatrique. La nécessité d'articuler la genèse des caractéristiques de l'histoire d'une profession à l'identité actuelle de la psychiatrie de secteur imposera des détours à l'endroit d'un passé toujours requis pour la compréhension actuelle du droit. Il est donc utile de considérer que la reconstruction d'une histoire de la psychiatrie est moins un état des lieux "avant toute analyse" qu'un ressort déterminant de la compréhension même de l'identité de la psychiatrie publique. A travers cette histoire, nous verrons comment et pourquoi les psychiatres de service public en appellent à un droit commun (I) qui requiert son lieu (II). La synthèse de ces deux moments analytiques (III) doit permettre une articulation du passé au présent de nature à fonder le lien dynamique unissant l'argumentation générale des deux parties de notre thèse.

Chapitre I – D'un droit d'exception à un droit commun

L'objet de ce chapitre est de comprendre le rapport entre deux évolutions : celle de la psychiatrie comme médecine et celle du statut juridique du malade mental. D'après Emile Durkheim, le droit est la représentation idéale et normative du social⁶⁵. Ceci explique notamment qu'il n'y ait jamais une stricte correspondance entre la réalité positive et le droit. Cette idée, formulée par le fondateur de la sociologie française, est reprise par Martine Kaluszynski lorsqu'elle affirme que le droit pénal peut être appréhendé comme révélateur de représentations sociales et du processus de construction des normes⁶⁷. En l'occurrence, cette chercheuse s'est consacrée à l'histoire pénale de la III^{ème} République et plus particulièrement à l'émergence de paradigmes spécifiques et à leur appropriation par les décideurs politiques : il s'agissait alors de débusquer les relations entre des communautés épistémiques à l'oeuvre dans la construction de politiques pénales. Cette hypothèse nous semble jouer aussi dans le domaine du droit civil. Afin de reconstruire l'évolution du rapport de connaissance à l'objet juridique, pénal et civil, produit par le corps psychiatrique, nous recourons à un matériau de sources scientifique, syndicale et juridique, pour restituer un mouvement de despécification du statut du malade mental. Par

⁶⁵ Émile Durkheim (1893), "L'origine de l'idée de Droit.", *Revue philosophique*, 1893, n° 35, pp. 290- 296.

⁶⁶ "C'est pourquoi les lois qui le reproduisent (l'ordre des choses), ont nécessairement une forme idéale ; car elles expriment les rapports des choses, non tels qu'ils sont, mais tels qu'ils doivent être. Elles ne sont pas inhérentes aux choses, comme les autres lois de la nature, ou plutôt elles ne sont pas les choses elles-mêmes considérées sous un aspect déterminé ; elles les dominent de haut, bien que leur autorité ne soit pas toujours ni nécessairement respectée", Emile Durkheim, *Montesquieu et Rousseau, précurseurs de la sociologie* (1892), Librairie Marcel Rivière et Cie, Petite bibliothèque de sociologie internationale 1966. (pp. 25 à 113), édition électronique réalisée par Jean-Marie Tremblay, Professeur de sociologie, Cégep, Chicoutimi, www.ucaq.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/, p. 45.

⁶⁷ Martine Kaluszynski, "Autour du pénal, d'une histoire des idées à une socio-histoire du politique", in *La juridicisation du politique*, sous la direction de Jacques Commaille, Laurence Dumoulin et Cécile Robert, *op. cit.*, p. 82.

despécification, nous entendons l'intégration à un droit commun, en l'occurrence ici, non spécifique à la condition de malade mental.

Nous nous attacherons dans un premier temps à l'aspect pénal. Tout d'abord, nous montrerons en quoi la psychiatrie a acquis un espace de légitimité avec le Code Pénal napoléonien de 1810. En effet, la création par l'article 64 d'un espace de non application de la responsabilité pénale pour le malade mental, dont l'état de démence au moment de faits incriminés par la justice est attesté médicalement, marque le début de l'existence juridique du malade mental. Il s'agira dès lors de montrer comment les catégories juridiques et médicales de la folie sont entrées en dialogue pendant près de 150 ans. Nous tenterons d'expliquer comment la validation juridique de l'évolution nosographique en psychiatrie débouchera progressivement sur l'institution d'un pouvoir médical en matière d'atténuation des peines prononcées à l'égard des malades mentaux accusés. Cette histoire reconstituée se poursuivra par l'étude d'une tension née d'exigences contradictoires portées par les médecins des hôpitaux psychiatriques au lendemain de la seconde guerre mondiale : en effet, la critique de l'article 64 du Code Pénal, forgée à l'aune d'une épistémé psychiatrique nouvelle, soucieuse de restituer au malade mental une responsabilité pénale jugée thérapeutique entrera en dissonance avec la défense professionnelle d'une expertise médicale historiquement fondatrice d'une compétence psychiatrique légitime.

Nous verrons ensuite que la réforme du Code Pénal de 1992, tant attendue des psychiatres, est moins le fait d'une volonté politique désireuse de rendre raison aux arguments psychiatriques, que le signe d'une montée en puissance récente de la figure de la victime. Le Code Pénal maintient le cas d'irresponsabilité pénale du malade mental mais y ajoute celui de la responsabilité atténuée, en cas de discernement altéré de l'accusé au moment des faits. Cette réforme semble a priori valider une jurisprudence établie depuis le début du XXème siècle. Nous verrons qu'il n'en est rien puisque les effets conjugués du nouvel article 122-1 du Code Pénal et du développement des soins psychiatriques aux détenus peuvent être analysés au travers de la substitution d'une définition quantitative de la peine à une définition qualitative. Autrement dit, l'atténuation de la peine en cas de discernement altéré du prévenu au moment des faits incriminés laisse place à une modulation de la peine. Le droit pénal dans son principe et sa pratique inaugure en cela un paradigme médico-judiciaire inédit qui substitue à l'alternative "soigner ou punir" la conjugaison "soigner et punir". Du même coup, le débat sur la responsabilité pénale change de nature : d'une réflexion théorique sur le bien-fondé de la peine, on passe à un questionnement sur la faisabilité pratique du soin en milieu pénitentiaire ou de la répression en milieu soignant.

Dans un second temps, nous nous tournerons vers l'aspect civil du statut du malade mental. Il nous faudra alors examiner la revendication portée par les médecins des hôpitaux psychiatriques d'un régime commun de protection des biens non spécifique aux malades mentaux. Cette exigence surgit d'une contradiction entre le maintien d'un régime d'incapacité civile dépendant de l'hospitalisation en milieu spécialisé et l'évolution de l'épistémé psychiatrique d'après-guerre. La loi de 1968 répondra aux attentes des partisans d'un droit civil commun puisqu'elle intègre le malade mental à un droit des incapables majeurs qui ne fait plus dépendre la tutelle aux biens d'un régime

d'hospitalisation et s'adresse à des personnes non spécifiquement atteintes d'un trouble psychique. L'économie de la loi de 1968 révélera une dérive vers une protection de la personne plus que de ses biens, compte tenu de l'influence de la politique sociale sur le régime des tutelles. Finalement, l'examen de la loi telle qu'elle est pratiquée nous amènera à la conclusion suivante : l'hôpital et le psychiatre jouent dans une certaine mesure le rôle de régulateurs sociaux, ce qui est de nature à brouiller leur vocation médicale.

I. Du non droit à la justification thérapeutique de la despécification pénale

Le principe de l'irresponsabilité pénale du malade mental a longtemps été un souhait des psychiatres eux-mêmes. Mais depuis 1945, de nombreuses voix du monde psychiatrique se sont prononcées pour la vertu thérapeutique de la restitution au malade mental accusé de sa responsabilité. Cette exigence d'un droit commun, largement commandée par une approche issue de la psychanalyse, s'est radicalisée dans les années 1960 : il s'agissait de rendre sa parole au malade afin de le considérer plus généralement comme sujet d'une communauté, comme sujet de droit. Cet argument issu de l'épistémologie interne de la psychiatrie, se heurte à la constitution de la légitimité psychiatrique du point de vue de son épistémologie externe, telle qu'elle est constamment défendue depuis les origines de la psychiatrie française. En effet, le maintien d'une compétence expertale psychiatrique est toujours allé de paire dans l'esprit des psychiatres, avec une judiciarisation de la décision de soins contraints. Dès lors, une telle contradiction travaille l'identité psychiatrique chaque fois que le droit en la matière fait débat.

A- Du principe de l'irresponsabilité pénale à l'exigence d'une peine

Nous postulons ici que la relation entre la psychiatrie et son droit est de nature dialectique. Le terme de "dialogue" afin de nous démarquer de certaines thèses qu'Albert Ogien a pu qualifier de négatives, au sens où elles faisaient systématiquement de la psychiatrie une discipline au service d'une gestion sociale de la déviance⁶⁸. Il s'agira dès lors d'éprouver l'hypothèse selon laquelle les territoires épistémiques juridique et psychiatrique se croisent, en examinant une évolution propre à chacun de ces champs.

Nous verrons également dans cette partie que l'exigence psychiatrique formulée à l'endroit du droit pénal par la profession psychiatrique est de nature à contredire sa compétence d'expertise, qui lui valut originellement de pouvoir opposer à la parole du juge un diagnostic énoncé au nom de la science.

A-1- LA SUBSTITUTION DU SOIN À LA SANCTION

Nous allons tenter de saisir ici le moment juridique fondateur d'un espace médical dédié à la psychiatrie, qui marque le début d'un dialogue entre la médecine mentale et son droit.

Comme le caractère dialectique de cette relation a été l'objet de controverses

⁶⁸ Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique*, op. cit., p. 20.

sociologiques, nous devons situer notre analyse à l'intérieur d'un débat sur la dépendance du fait psychiatrique à l'appareil judiciaire.

1. Une discipline née du droit

Pierre Haïk, avocat à la cour, écrivait en 2000 :

"La psychiatrie a cru effectivement obtenir ses galons de science qui, à l'époque, n'en était pas une, en rentrant dans cet espace judiciaire. D'un autre côté, l'institution judiciaire a cru donner un peu plus de vitalité, un peu plus de crédit aux décisions rendues par elle en faisant appel à un expert. Voilà comment s'est constitué ce couple infernal»⁶⁹.

En effet, historiquement, le principe de l'irresponsabilité pénale fonde la légitimité de la psychiatrie dans sa fonction expertale. Au début du XIXème siècle, l'expertise psychiatrique qui s'impose auprès des tribunaux est conçue comme le recours à une légitimité externe, fondée sur un capital spécifique, médical, distinct du judiciaire. La reconnaissance de la maladie mentale comme cause d'un crime est alors considérée comme un immense progrès du fonctionnement de la justice.

En droit pénal, l'infraction n'est constituée que si trois éléments sont réunis : l'élément légal, l'élément matériel et l'élément intentionnel ; ce dernier se définit comme le lien entre l'acte effectivement réalisé et la volonté de l'auteur. A partir du moment où l'on admet que la maladie mentale peut empêcher l'exercice plein de la liberté, l'existence de l'élément intentionnel de l'infraction est discutable⁷⁰.

L'article 64 du Code Pénal de 1810, dans la mesure où il reconnaît une causalité nécessaire relevant d'un savoir psychiatrique, excluant un motif d'imputation⁷¹, donc de condamnation pénale. Le texte intégral de l'article établit que :

"Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il aura été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister".

La possibilité de l'annulation de l'acte suit une règle fonctionnant sur le mode binaire (non malade/responsable, malade/non responsable) dont le critère discriminant est le diagnostic d'un état de démence, c'est-à-dire d'une impossibilité de se déterminer librement, au moment des faits. L'état de démence, selon le Code Pénal, doit ainsi avoir existé "au temps de l'action" et doit avoir un rapport causal avec l'infraction⁷². L'état de

⁶⁹ Pierre Haïk, "Vérité judiciaire et discours psychiatrique", *Journal Français de Psychiatrie, Erès, n°13, 2000, p. 21.*

⁷⁰ Irène François, Patrice Guillet, André Marin, "Le psychiatre et la loi", *Psychiatrie Française, n°1, mars 1994, p. 57.*

⁷¹ Imputation vient du latin imputare : "mettre sur le compte de". Pour Hans Kelsen, la différence entre la causalité et l'imputation réside en ce que l'imputation est établie par un acte de volonté, dont une norme est la signification, tandis que la causalité est indépendante d'une telle intervention (Hans Kelsen, *Théorie générale des normes*, Paris, PUF, Léviathan, 1996, p. 30). En Droit pénal français, l'imputabilité pénale signifie que l'on peut mettre l'activité délictueuse sur le compte de son auteur ; elle est conditionnée non seulement par le fait que l'accusé est matériellement l'auteur des faits incriminés mais par la réunion de deux éléments : la capacité à comprendre et vouloir de l'accusé, et le rapport entre la volonté de l'agent et le fait incriminé. Aussi, avec l'article 64 du Code Pénal, bien que le malade mental puisse être l'auteur d'une infraction au sens causal, il peut ne pas l'être au sens de l'imputation.

démence joue comme une contrainte interne nécessaire ; le droit français ne reconnaît pas la contrainte interne puisque la seconde partie de l'article 64 ne concerne que la contrainte externe⁷³.

2. Un dialogue entre droit et psychiatrie

Selon Robert Castel, "Médicaliser la folie" a consisté précisément à instituer le statut complet de la tutelle. Ainsi, le droit spécial de 1838⁷⁴ représenterait le premier accroc fait au légalisme car il n'y a plus d'un côté une administration, courroie de transmission du pouvoir exécutif et gardienne de l'ordre public, et de l'autre la magistrature, garante des libertés par le monopole des décisions qui peuvent les suspendre. Un troisième pouvoir, médical, désigné comme légitime, assure un nouvel équilibre entre les deux autres. D'après l'analyse castelienne, le droit aurait cédé devant la rationalité pratique que représente l'expertise, réduisant à l'illusion la représentation d'une société démocratique fondée sur la séparation des pouvoirs. Les nouveaux processus de tutellarisation tirent leur justification du savoir et leur efficacité de leur rationalité technique⁷⁵. Pour Castel, la fonction psychiatrique, sanctionnée par la loi, porte l'expertise à la hauteur d'une véritable magistrature.

Selon Thomas Szasz, sociologue ayant largement contribué au courant de l'antipsychiatrie⁷⁶, à partir du moment où le diagnostic du psychiatre définit le malade mental dans son statut complet, il peut "transformer son jugement en réalité sociale"⁷⁷. L'analyse de Castel s'accorde avec l'interprétation de Szasz puisqu'il indexe une première ligne d'expansion du pouvoir des aliénistes⁷⁸ à l'annexion par le corps médical des

⁷² L'article C. 345 de l'instruction générale pour l'application du Code de Procédure Pénale précise que la question doit être posée à l'expert de savoir si l'infraction reprochée à l'inculpé est ou non en rapport avec les anomalies mentales ou psychiques qu'il présente.

⁷³ La contrainte externe doit prendre la forme de la menace irresistible. La jurisprudence ajoutera le fait qu'elle doive être imprévisible.

⁷⁴ La loi du 30 juin 1838 crée les asiles d'aliénés soumis à des contraintes juridiques spécifiques ; nous les étudierons plus avant dans notre développement. Cf. annexe.

⁷⁵ Robert Castel fait du développement de la fonction d'expertise l'une des caractéristiques des civilisations de type occidental et l'opérateur essentiel du processus de rationalisation de la société au sens de Max Weber. Les médecins en général et les psychiatres en particulier auraient occupé une place stratégique dans le développement de ce processus. Certes, le psychiatre expert a une mission qui implique que ce soit quelqu'un d'autre qui décide "mais la dérive actuelle de la notion d'expertise subvertit ces prescriptions strictement légalistes" (Robert Castel, "Des experts providentiels", chapitre 4, *L'ordre psychiatrique*, Paris, Editions de Minuit, 1976, pp. 153-154).

⁷⁶ Nous consacrons un développement à ce mouvement dans la partie II du Chapitre III (Livre 1^{er}).

⁷⁷ Thomas Szasz, *Ideology of insanity*, New York, Anchor Books, 1970, p. 75.

⁷⁸ Le terme aliéniste, qui désigne le médecin des asiles d'aliénés, n'a pas au XIX^{ème} siècle de connotation péjorative.

fonctions administratives de l'hôpital⁷⁹ ; la seconde source de légitimité du pouvoir des médecins des asiles se serait ensuite renforcée lorsqu'ils furent requis en tant qu'acteurs indispensables du fonctionnement de l'appareil judiciaire. Notons ici que le Code Pénal de 1810 intervient trente ans avant la législation spéciale de 1838 : le fondement juridique du pouvoir psychiatrique réside donc d'abord dans le droit pénal napoléonien.

Robert Castel fait en outre de l'élargissement de la définition de l'aliénation mentale par la médecine, incluant de fait un nouveau type de contrainte intérieure, le moyen de l'inclusion de la psychiatrie dans la sphère judiciaire. La notion de monomanie (ou délire partiel) inaugurée par Esquirol⁸⁰, qui ouvre "un espace d'extension du pathologique"⁸¹, constituerait alors la première réponse à une question relevant moins de la médecine que de la justice. Cette analyse, qui implique une dépendance du fait scientifique aux pratiques judiciaires pose problème car il nous semble plutôt que l'évolution de la nosographie psychiatrique va peu à peu rendre impossible le codage de l'article 64, d'après lequel le dément est irresponsable pénalement et le sain d'esprit responsable.

Au début du XIX^{ème} siècle, la maladie mentale est reliée aux passions, de sorte que la contrainte intérieure définit très rapidement un certain type de pathologie. Dès 1805 en effet, Etienne Esquirol écrit dans sa thèse :

"Si les rapports des passions avec l'aliénation se multiplient à mesure que l'on approfondit l'étude pratique de cette maladie... comment a-t-on négligé jusque-là de faire concourir les passions au traitement de celle-là ?"⁸²

Esquirol revient en 1827 sur la question de la monomanie criminelle, vivement critiquée par un grand nombre de magistrats dans le cadre d'une réflexion sur la responsabilité pénale : il distingue alors la monomanie raisonnée de la monomanie instinctive qui, elle, pousse des aliénés à tuer "par un entraînement aveugle, instantané, indépendant de leur volonté"⁸³. C'est donc avant la loi de 1838 si vivement critiquée par Robert Castel et Thomas Szasz en ce qu'elle fait des déviations sociales un problème médical, que les psychiatres commencent à définir des variétés criminogènes à l'intérieur même du genre de l'aliénation mentale.

Tout se passe donc comme si le droit et la psychiatrie connaissaient moins un rapport unilatéral de dépendance (la psychiatrie au service du droit, le droit au service de la psychiatrie) qu'une relation de dialogue impliquant tout à la fois la détermination juridique

⁷⁹ Robert Castel, *L'ordre psychiatrique*, op. cit., p. 156.

⁸⁰ Le terme de monomanie désigne une affection psychique qui n'affecte que partiellement l'esprit. Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), psychiatre français originaire de Toulouse où il fit ses études de théologie et de médecine, fut l'élève de Pinel, puis son assistant à la Salpêtrière à Paris, avant de lui succéder à la tête de ce service en 1810.

⁸¹ Robert Castel, *L'ordre psychiatrique*, op. cit., p. 177.

⁸² ***Jean Etienne Esquirol justifie ainsi la nécessité d'isoler les aliénés, pour les arracher à leur environnement social et familial. Etienne Esquirol (Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'Aliénation mentale (1805), Thèse de l'Ecole de médecine de Paris, Paris, Librairie des deux mondes, 1980, p. 31).***

⁸³ Jean Etienne Esquirol, "Mémoire sur la monomanie homicide", *Des maladies mentales*, volume II, p. 796.

d'un espace légitime de développement médical et la validation juridique de l'évolution nosographique de la discipline.

Les analyses de Robert Castel et Thomas Szasz font de la psychiatrie une discipline au service de la définition juridico-politique de la déviance. Pour notre part, nous envisageons deux hypothèses quant à la relation dialectique entre psychiatrie et droit pénal : d'une part, les psychiatres auraient imprimé à la pratique de l'article 64 du Code Pénal une interprétation particulière ; d'autre part, le droit lui-même s'est adapté à l'évolution de la classification des maladies mentales.

A-2. LA VALIDATION JURIDIQUE DE L'ÉVOLUTION NOSOGRAPHIQUE

Puisque l'on postule un dialogue entre la psychiatrie et le droit pénal, l'intégration d'une évolution de la nosographie psychiatrique dans l'interprétation du droit pénal doit être l'objet de notre interrogation ; les effets des textes réglementant cette interprétation juridique sur le poids de l'autorité médicale en matière de détermination des peines constituent l'autre versant du même questionnement. Les écrits psychiatriques fondateurs, le travail d'historien de Georges Lantéri-Laura et les règles et jurisprudences en matière d'interprétation de l'article 64 du Code Pénal sont de nature à éprouver l'hypothèse d'un dialogue juridico-psychiatrique.

1. Evolution nosographique et positions médico-légales

En 1801, Philippe Pinel écrit dans son *Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie* au chapitre "division de l'aliénation mentale en espèces" que :

"C'est un terme heureux que celui d'aliénation mentale, pour exprimer dans toute leur latitude les diverses lésions de l'entendement ; mais il importe d'autant plus d'analyser ses diverses espèces, de les considérer séparément et d'en déduire ensuite les règles du traitement médical et celles de la police intérieure à suivre dans les hospices" ⁸⁴ .

Philippe Pinel distingue alors entre cinq variétés d'aliénation mentale : la mélancolie (délire exclusif sur un objet), la manie sans délire, la manie délirante, la démence et l'idiotisme ⁸⁵ .

Il nous semble utile de recourir aux écrits de Georges Lantéri-Laura pour apprécier l'évolution du droit au regard de l'histoire de la psychiatrie. Dans un ouvrage sur les paradigmes modernes de la discipline, cet historien de la psychiatrie, analyse le passage du paradigme ⁸⁶ de l'aliénation mentale dominant la fin XVIIIème siècle jusqu'au milieu du XIXème siècle ⁸⁷ , à celui des maladies mentales, situé entre les années 1850 et 1926 ⁸⁸ .

⁸⁴ Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*, Paris, Editions Richard, Caille et Ravier, 1801, p. 135.

⁸⁵ Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*, op. cit., pages 137, 155, 160, 165, 166.

⁸⁷ De 1793, lorsque Pinel est nommé à Bicêtre, à 1854, lorsque Falret publie un article de rupture intitulé *De la non existence de la monomanie*.

Retraçant l'évolution du sens attribué en pratique à l'état de démence qui doit "exister au temps de l'action" d'après le Code Pénal, cet historien et psychiatre rappelle que l'interprétation du droit va se modifier sous l'influence des travaux d'Etienne Georget.

Etienne Georget, élève d'Esquirol, passionné par les questions médico-légales, qui est l'un des premiers à prendre en compte le rôle du cerveau dans la pathologie mentale, imprime spécialement à la pratique de l'article 64 du Code Pénal l'idée selon laquelle le diagnostic d'aliénation mentale suffit à déduire l'état de démence au temps de l'action⁸⁹. Georget associe quasiment systématiquement la maladie mentale au phénomène du délire :

"Le symptôme essentiel de cette maladie (...) consiste en des désordres intellectuels auxquels on a donné le nom de délire ; il n'y a point de folie sans délire"⁹⁰.

Il n'y aura qu'un pas entre cette affirmation et l'interprétation du crime comme élément du délire, preuve de l'aliénation mentale. Le diagnostic d'aliénation mentale entraînera alors rapidement l'application systématique de l'article 64⁹¹, contre la volonté initiale des

⁸⁶ Historien de la psychiatrie, Lantéri-Laura distingue trois paradigmes et note deux autres enchaînements qui n'appartiennent pas à la psychiatrie : les localisations cérébrales (Broca, Wernicke puis Goldstein, Head et Lhermitte) et la cytoarchitectonie (depuis Gennari et Vicq d'Azir, à Bailey et von Bonin, en passant par von Economo et Brodmann). Dans son *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, cet historien utilise la notion de paradigme défini par Kuhn dans *La structure des révolutions scientifiques* comme "l'ensemble des connaissances reçues qui constituent la science normale tant qu'elle remplit bien son rôle et qu'elle sert de référence majeure et efficace à tous les savoirs et à toutes les questions qui se posent à l'intérieur". Pour Lantéri-Laura, "les paradigmes ne s'affrontent pas les uns aux autres dans une diachronie réelle, mais seulement si, plus tard, un tiers en venait à les comparer". Lantéri-Laura voit dans le terme de paradigme, une notion non proprement polémique, mais bien "un ensemble de représentations cohérentes et corrélées entre elles, qui régulent pendant longtemps, de façon rationnelle, efficace et économique, la discipline dont elles constituent précisément le paradigme [...] le passage d'un paradigme à l'autre dans une science en crise s'effectue lorsque le premier est sorti des usages effectifs [...] le paradigme a donc pour rôle primordial de garantir pendant assez longtemps les activités légitimes de la science normale capable de poser et de résoudre beaucoup d'énigmes et de poursuivre un progrès tout à fait réel, mais qui se limitera à perfectionner ce que l'on connaît déjà et à en mener à bien de nouvelles applications". Lantéri-Laura fonde l'usage de la théorie de Kuhn sur la nature de la psychiatrie comme connaissance clinique prévalente pouvant déboucher sur une praxis thérapeutique, en dépit du fait que la psychiatrie ne soit pas considérée par lui comme une science mais comme un "ensemble articulé de données sémiologiques et cliniques, corrélées entre elles et sans dépendance hiérarchique, avec un groupe de disciplines hétérogènes comme l'anatomie, la neurophysiologie, la psychanalyse et la psychologie expérimentale". Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps, collection "Esquisses", 1998, pp. 36-40.

⁸⁸ Sous l'influence de Eugène Bleuler, Henri Ey et Eugène Minkowski, le paradigme de la structure psychopathologique concilie un retour à une unité et le maintien de subdivisions inévitables.

⁸⁹ Etienne Georget, *Discussion médico-légale sur la folie ou aliénation mentale, suivie de l'examen du procès criminel d'Henriette Cormier, et de plusieurs autres*, Paris, Migneret, 1826.

⁹⁰ Etienne Georget, *De la folie*, Paris, Crevot, 1820, p. 75. Cette affirmation est confirmée par Esquirol dans son article 'Manie' du *Dictionnaire des sciences médicales* : "Les actes auxquels se livrent les aliénés sont toujours le résultat du délire". *Dictionnaire des sciences médicales, tome XXX, Paris, C.L.F. Panckouke, 1818, p. 454.*

législateurs de 1810. C'est donc bien sous l'influence du corps médical que l'interprétation du droit se modifie. Il faut ajouter à cela que ce n'est pas non plus sur l'appel du parquet, du président du tribunal ou même des avocats que les médecins vont "revendiquer pour la maladie mentale le crime lui-même", comme le précise Michel Foucault⁹².

L'unité de la maladie mentale, indique un glissement de sens de l'article 64 puisque l'expertise se transforme peu à peu en négation ou en affirmation de l'aliénation mentale. Ce jugement dichotomique perdra toute pertinence lorsque le paradigme de l'aliénation mentale cédera sa place au paradigme des maladies mentales au pluriel, qui nécessitera logiquement que l'on distingue les pathologies qui relèvent de l'article 64 des autres.

Lantéri-Laura pointe trois brèches dans le premier paradigme au XIX^{ème} siècle⁹³ dont la dernière nous intéresse tout particulièrement.

- les tentatives d'éducation des enfants arriérés par Voisin et Seguin qui ont de plus en plus de mal à réduire la pathologie de ces enfants à une forme un peu particulière de l'aliénation mentale tant dans ses manifestations que dans les techniques de traitement envisagées⁹⁴,

⁹¹ · la reconnaissance des progrès en terme de sémiologie, de clinique et de diagnostic, de la médecine de l'époque (Corvisart, Bouillaud et Laennec) qui exige la séparation des maladies en entités morbides autonomes et irréductibles, place la médecine

⁹² mentale en opposition avec les postulats de l'Ecole de Paris⁹⁵,
Foucault se réfère ici aux travaux de Georget sur les procès criminels de Léger, Feldmann, Lecouffe, Jean-Pierre et Papavoine ; Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique*, Cours au Collège de France (1973-1974), Gallimard, Seuil, Leçon du 23 janvier 1974, p. 249.

⁹³ Lantéri-Laura précise que quelques psychiatres ont, jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, continué à se fier à l'unité absolue de l'aliénation mentale : il s'agit principalement de J. Moreau de Tours avec *Du Haschich et de l'aliénation mentale* (1845) et de B. A. Morel et son *Traité des dégénérescences* (1860). Nous évoquons le cas de Morel à titre d'exemple : Bénédicte Morel (1809-1873), psychiatre français, commence sa médecine à Paris, où il a comme condisciples Claude Bernard et Ernest Lasègue. Il y apprend la psychiatrie avec J.-P. Falret et G. Ferrus. Nommé médecin-chef de l'asile de Maréville près de Nancy en 1848, puis de l'asile de Saint-Yon près de Rouen en 1856, célèbre par son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, il privilégie l'origine héréditaire des maladies mentales (S'inspirant de la philosophie conservatrice de L. de Bonald, il croit à la dégénérescence, sous l'effet des vices et des révoltes, d'une race humaine modelée à l'origine sur l'exemple divin). Il se situe donc à l'opposé de tout évolutionnisme. Cette notion d'hérédodégénérescence est encore plus systématisée dans son *Traité des maladies mentales* de 1860, où les aliénations et folies héréditaires occupent une place prépondérante. C'est dans la «troisième classe», celle des «folies héréditaires à existence intellectuelle limitée, à tendance précoce et innée pour le mal», qu'il décrit un cas de funeste terminaison de la folie héréditaire : une immobilisation soudaine de toutes les facultés, une démence précoce indiquent que le jeune sujet a atteint le terme de la vie intellectuelle dont il peut disposer". On connaît le succès du terme de «démence précoce», repris par E. Kraepelin pour nommer ce qui, avec E. Bleuler, deviendra la schizophrénie. Georges Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, *op. cit.*, pp. 101-104.

⁹⁴ F. Voisin (1794-1872), médecin à Bicêtre et E. Seguin (1812-1880) éducateur dans la même institution, identifient l'arriération mentale comme pathologie spécifique (Georges Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne op. cit.*, p. 98).

⁹⁵ Georges Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, *op. cit.*, pp. 99-100.

Cette dernière notion nous intéresse tout particulièrement. C'est Esquirol, psychiatre qui fit voter la fameuse loi du 30 juin 1838⁹⁶ instituant les asiles d'aliénés, qui va distinguer plusieurs entités pathologiques au rang desquelles figure la monomanie homicide. Dans son *Traité des maladies mentales*, il reprend en effet la classification nosographique de Pinel en distinguant dans la classe des délires partiels (ou mélancolie) le délire triste, qu'il appelle «lypémanie», des «monomanies» ou délires localisés sur une idée délirante prévalante⁹⁷. La démence, maladie chronique, peut être parfois transitoire : elle correspond à un état délirant, à un trouble du comportement ou à des instincts. Les monomanies d'Esquirol comportent plusieurs variétés : parmi elles, on trouve la monomanie instinctive qui correspond à des actes irrépressibles, sans délire proprement dit, la monomanie raisonnante, qui désigne une perversion des caractères et des conduites, la monomanie d'ivresse, la monomanie incendiaire, reprise plus tard sous le nom de pyromanie, et la monomanie homicide⁹⁸. Cette dernière notion s'identifie à un type de comportement dans le diagnostic esquirolien :

"Il existe une espèce de monomanie homicide dans laquelle on ne peut observer aucun désordre intellectuel ou moral ; le meurtrier est entraîné par une puissance irrésistible, par un entraînement qu'il ne peut vaincre, par une impulsion aveugle, par une détermination irréflectie, sans intérêt, sans motif, sans égarement, à un acte aussi atroce"⁹⁹.

Cette description rappelle celle que Pinel formulait en 1801, avant le Code Pénal napoléonien :

"Parmi ces furieux, il y en a aussi dont l'imagination n'est point lésée, et qui éprouvent une propension aveugle et féroce à tremper leurs mains dans le sang, et à déchirer les entrailles de leurs semblables. C'est un aveu que j'ai reçu en frissonnant de la bouche même d'un de ces insensés, dans ses intervalles de tranquillité. Pour compléter enfin ce tableau d'une atrocité automatique, je puis citer l'exemple d'un aliéné qui tournoit contre lui comme contre les autres sa fureur forcenée. Il s'étoit amputé lui-même la main avec un couperet avant d'arriver à Bicêtre, et malgré ses liens, il cherchoit à approcher ses dents de sa

⁹⁶ Nous l'étudierons dans le chapitre II du présent Livre.

⁹⁷ Esquirol modifie aussi la classification de son maître Pinel à propos de l'idiotie dans son *Traité des maladies mentales* de 1838 : il tient à y séparer ce qui est de l'ordre d'une insuffisance de développement mental congénitale ou héréditaire (idiotie, crétinisme, imbécillité) de ce qui est issu d'un affaiblissement acquis ou d'une démence. La démence aiguë, que l'élève d'Esquirol, Georget préférera appeler «stupidité» deviendra, avec Chaslin, la «confusion mentale primitive». A partir de critères syndromiques, étiopathogéniques, évolutifs, thérapeutiques, Georget établit en 1820 la séparation entre pathologie psychiatrique pure et pathologie cérébrale organique à expression psychiatrique (Georges Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, op. cit., p. 75).

⁹⁸ La monomanie homicide est définie par Jean-Etienne Esquirol comme "un délire partiel caractérisé par une impulsion plus ou moins violente au meurtre, dans le *Traité des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, J-B Baillière, 1838, volume II, p. 336.

⁹⁹ *Jean Etienne Esquirol, Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal, Paris, J-B Baillière, 1838, tome II, p. 804.*

***cuisse pour la dévorer"* ¹⁰⁰ .**

Michel Foucault réduit la loi de 1838 à l'acte d'une seconde naissance de la psychiatrie, après une "proto-histoire" correspondant à "la médecine de l'aliénation mentale"¹⁰¹. Ce second moment aurait marqué le début d'une psychiatrie de toute une série de dérives d'ordre comportemental. Foucault considère dès lors que la psychiatrie pathologise des conduites sans référence à un tableau nosographique. Cette affirmation ne semble pas correspondre à ce que Foucault décrit par ailleurs lorsqu'il parle d'une évolution de la psychiatrie vers la "symptomatologisation" de toute une série de phénomènes définis par un écart à une norme de conduite. En effet, le fait même qu'Esquirol identifie des pathologies mentales transitoires, instinctives et se manifestant par un trouble du comportement ne valide pas l'hypothèse d'une absence de tableau nosographique mais plutôt celle de l'inclusion d'un trouble du comportement dans un tableau de classification.

Pour notre analyse, cela signifie que le crime comme catégorie juridique s'inscrit dans un tableau médical de classification des pathologies : l'empiètement entre territoires épistémiques différents va donc bien ici dans le sens d'une migration d'une notion juridique dans un corpus médical.

2. Le pouvoir psychiatrique d'atténuation de la peine

La médecine mentale élargit son espace d'intervention grâce à de grands crimes où toute justification rationnelle est absente, dans la mesure où les infractions ne se réfèrent pas à un seul calcul. D'après Robert Castel, le jugement de la rationalité/responsabilité se déplace progressivement de l'acte criminel à la personne individuelle appréciée à travers ses motivations profondes, les péripéties de sa vie ou ses rapports familiaux et sociaux. Le système répressif va ainsi connaître une évolution tendant à la punition des personnes plus que des actes, en rapport direct avec les développements de la criminologie¹⁰². La circulaire Chaumié du 12 décembre 1905, témoin d'une telle évolution, est remarquable à deux niveaux. D'une part, elle exige de l'expert psychiatre de juger de l'opportunité de circonstances atténuantes constituées par des anomalies physiques, psychiques ou mentales : dans le cas où il écarterait la démence au sens de l'article 64, l'expertise mentale sera complétée par une étude de personnalité effectuée par un psychiatre secondé d'un psychologue¹⁰³. D'autre part, elle demande au psychiatre de recentrer son diagnostic sur le moment des faits incriminés. Par ailleurs, la circulaire Chaumié valide l'idée d'une multitude de pathologies mentales, idée admise dans la communauté scientifique depuis Esquirol¹⁰⁴, en posant la question suivante :

¹⁰⁰ Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*, op. cit., pp. 19-20.

¹⁰¹ Michel Foucault, *Les anormaux*, Cours au Collège de France (1974-1975), cours du 12 février 1975, Gallimard, Seuil, 1999, p. 134.

¹⁰² Georges Lantéri-Laura, "Pathologie mentale et Droit pénal : un regard rétrospectif", *Journal français de psychiatrie*, n°13, 2000, p. 31.

¹⁰³ G. Lantéri-Laura, "Pathologie mentale et Droit pénal : un regard rétrospectif", op. cit., p. 31.

"L'examen de la personne poursuivie révèle-t-il chez elle des anomalies mentales, psychiques ou physiques de nature à influencer sur sa responsabilité ? Le cas échéant les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent." ¹⁰⁵ .

La circulaire invite également les psychiatres à recentrer leur expertise sur la culpabilité au moment des faits et ouvre ainsi un espace à la modération de la peine :

"L'infraction est-elle ou non en relation avec ces anomalies ? [...] A côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier à leur égard une certaine modération (nous soulignons) dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer, avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte imputé" ¹⁰⁶ .

Le double regard porté sur l'évolution de la nosographie et les transformations des injonctions du droit nous permet donc de saisir le rapport dialectique entre le juridique et le psychiatrique. Ainsi, le principe de l'irresponsabilité pénale du malade mental fonde la possibilité d'une pratique psychiatrique, mais le droit suit le passage d'un paradigme psychiatrique à l'autre (l'aliénation mentale et la structure binaire de l'article 64 se correspondent parfaitement) pour le domaine de l'irresponsabilité. La criminologie va être requise par le droit pénal dans le domaine de la responsabilité.

La formulation initiale de l'article 64 implique en pratique que le juge ne peut guère que s'en rapporter à l'appréciation d'experts commis par lui en vue de rechercher si l'auteur de l'infraction était en état de démence au moment de l'action. Une jurisprudence

¹⁰⁴ On trouve très tôt chez les auteurs français une tendance au "compartimentage des délires". En effet, Philippe Pinel, dès 1800, sépare la manie, avec délire général, de la mélancolie, ou délire exclusif, qui peut être considérée comme l'ancêtre de tous les délires partiels, mais décrit une forme intermédiaire entre ces deux espèces : la manie sans délire (sans lésion de l'entendement). Esquirol, faisant intervenir un critère plus psychologique que syndromique, démembrer la mélancolie en lypémanie (dominée par la tristesse de l'humeur) et monomanie (avec humeur expansive ou indifférente) qualifiée d'"affection cérébrale chronique, sans fièvre, caractérisée par une lésion partielle de l'intelligence, des affections ou de la volonté". Dans cette définition, on trouve en germe plusieurs caractères : la relative permanence temporelle, la préservation d'une partie des fonctions psychiques, et l'absence de symptomatologie somatique d'accompagnement. Reprenant la classification psychologique de Heinroth en Allemagne, Esquirol subdivise les monomanies, en fonction du type de faculté psychologique lésée, en intellectuelle, affective, ou raisonnante et instinctive. Les monomanies intellectuelles sont celles de malades partant d'un principe faux dont ils suivent sans dévier les raisonnements logiques et dont ils tirent des conséquences légitimes. Esquirol en reste encore à une approche syndromique et n'établit pas clairement de distinction entre pathologies délirante et thymique. Dans la manie, Esquirol explique que "tout l'entendement est bouleversé" alors que dans la monomanie, "la perversion des actes est partielle, circonscrite comme l'égarément de la raison". La monomanie affective ou raisonnante est dominée par des troubles du caractère. L'érotomanie est définie comme une affection cérébrale, chronique caractérisée par un amour excessif, tantôt pour un objet connu, tantôt imaginaire et "finit par la démence si un mariage, seul remède efficace, n'intervient pas". Les monomanies instinctives (monomanies d'ivresse, incendiaire et homicide) sont à la frontière entre la psychiatrie et le médico-légal. Thierry Haustgen, "Clinique, théories et classification en psychiatrie", *Une histoire des psychoses*, Paris, Editions Norbert Attali, 1997, pp. 39-41.

¹⁰⁵ *Circulaire Chaumié, Article C 345 de l'Instruction générale pour l'application du Code de procédure pénale.*

¹⁰⁶ *Ibid.*

de 1924 confirme la nécessité au moment de l'acte de la conscience de l'accusé pour que l'article 64 reçoive une application dans le sens d'une atténuation de la peine¹⁰⁷. Puis trois arrêts de 1951, 1955 et 1958 centrent leurs attendus sur le principe d'atténuation de la peine en cas de conscience de l'accusé au moment des faits, ainsi que sur la compétence souveraine des juges dans l'appréciation de l'état mental de l'inculpé, lorsque le rapport de l'expert psychiatre laisse une certaine incertitude sur le degré de responsabilité "morale" de la personne de l'inculpé, du prévenu ou de l'accusé¹⁰⁸.

La réforme du Code de procédure pénale de décembre 1958¹⁰⁹ va ensuite individualiser la peine en fonction du résultat de l'observation et de l'examen médico-psychologique et social puisqu'elle permettra au juge d'application des peines d'aménager la sanction en fonction des réponses aux nouvelles questions posées à l'expert. Si l'expert n'a en principe plus à se prononcer sur la responsabilité, il doit se prononcer sur la dangerosité, l'accessibilité à la sanction pénale, la curabilité et la réadaptabilité, "ce qui lui donne beaucoup plus de pouvoirs que ne lui accordait la circulaire Chaumié"¹¹⁰, l'expertise n'ayant alors aucune influence sur le jugement si le bilan psychiatrique s'était avéré totalement négatif¹¹¹. On comprend dès lors pourquoi Philippe Rappard affirme que "le savoir psychiatrique est utilisé plus facilement sur le terrain de la responsabilité entière ou atténuée, que sur celui de l'irresponsabilité"¹¹².

¹⁰⁷ Cour Cass, Crim. 27 mars 1924, Bull. Crim. n°141, Code Pénal Dalloz 2003, 100^{ème} édition, p. 103.

¹⁰⁸ D'après l'arrêt de la Cour de Cassation du 2 août 1951, la démence n'étant pas une excuse légale, elle est nécessairement comprise dans la question intentionnelle et par suite dans la question relative à la culpabilité (Cass. Crim. 2 août 1951, Bulletin criminel n° 243). D'après l'arrêt de la Cour de Cassation du 8 juin 1955, les juges de répression apprécient souverainement l'état mental de l'inculpé (Cass. Crim., 8 juin 1955, Bulletin criminel n° 286). D'après l'arrêt du 7 octobre 1958, l'impression des juges que le prévenu est "un malade, voire un déséquilibré" n'implique pas qu'au moment des faits délictueux, le prévenu n'ait pas eu conscience de ses actes (Cass. Crim., 7 octobre 1958, Bulletin criminel n°599). Code Pénal Dalloz, Edition 2003, pp. 102-103.

¹⁰⁹ L'article L 345 du Code de procédure pénale est modifié. L'expert devra répondre désormais à cinq questions : l'examen du sujet relève-t-il chez lui des anomalies mentales ? L'infraction est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ? Le sujet présente-t-il un état dangereux ? Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ? Le sujet est-il curable ou réadaptable ? Ordonnance n°58-1296 du 23 décembre 1958.

¹¹⁰ L'ouvrage du Docteur Landry M., *Le psychiatre au tribunal, le procès de l'expertise psychiatrique en justice pénale* (Privat, Toulouse, 1976) est cité par Philippe Rappard dans le tome III du *Rapport de médecine légale du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, sous la direction de Philippe Rappard et Monique Bucher-Thizon, LXXXVIII^{ème} session, Masson, 1990, p. 198. Il a pour objet d'affirmer que l'expertise psychiatrique est par essence irréconciliable avec la pratique d'une justice répressive, qui suppose par définition le libre arbitre de chaque citoyen. En outre, le Docteur Landry dénonce la mystification dont fait l'objet la science psychiatrique, mystification utile d'après lui à un pouvoir politique dissimulant sa responsabilité en matière de criminogénèse derrière une parole médicale. Landry précise qu'il apparaît vain de vouloir distinguer le normal du pathologique dans de nombreux cas comme l'alcoolisme ou la délinquance sexuelle (la distinction entre une perversité normale et une perversité pathologique serait artificielle).

¹¹¹ Philippe Rappard, *Ibid*, p. 198.

¹¹² Philippe Rappard, "Le crime n'est plus annulé", *op. cit*, pp. 63-64.

Les spécialistes du droit pénal s'accordent ainsi à dire en 1970 que, malgré la compétence souveraine du magistrat, celui-ci a le devoir de faire un large appel aux médecins experts : c'est normalement au juge du fait qu'il appartient de constater l'existence du trouble psychique au moment des faits¹¹³ mais historiquement, les juges ont toujours été peu enclins à apprécier eux-mêmes le trouble, si l'on en croit les annotations au Code Pénal de 2003, invitant les juges à recourir aux experts : "la question de savoir si cette aliénation mentale existe ne relève pas du droit, elle ne relève que de la psychiatrie"¹¹⁴.

Les conclusions de l'expertise ne lient donc pas en principe le juge mais "dans les faits, si le rapport d'expertise conclut à l'existence d'un trouble psychique excluant la capacité de discernement de l'agent, [...] les juges concluront à l'irresponsabilité pénale de l'agent"¹¹⁵. Les magistrats, qui n'ont pas les connaissances voulues pour discuter l'expertise accorderont donc en général les circonstances atténuantes en cas de démence avant l'action ou de "folie intermittente"¹¹⁶.

En vertu de la circulaire Chaumié, l'inculpé pouvait être déclaré responsable mais il "était condamné à une peine de moindre importance que celle qui aurait dû lui être appliquée s'il avait joui de ses facultés mentales"¹¹⁷. Si le psychiatre expert est suivi par le juge, c'est une véritable compétence dans l'atténuation de la peine qui peut dès lors lui être attribuée. La lecture d'un Traité de droit pénal de 1970 confirme d'ailleurs l'utilisation par les juristes des catégories définies par les psychiatres de l'époque :

"On a renoncé à l'employer (la classification en fonction des anciennes facultés de l'âme) car la psycho-pathologie moderne a montré l'unité complète de la personnalité et l'impossibilité de la différencier en fonctions distinctes"¹¹⁸.

Toutefois, les juges doivent s'expliquer sur l'état mental de la personne à la date des faits reprochés, selon une jurisprudence constante des années 1930 aux années 1990¹¹⁹.

B- La critique de l'article 64, des exigences contradictoires

Il semble que la création d'un espace thérapeutique et scientifique et non plus punitif de la

¹¹³ Cass. Crim. 11 avril 1908, DP 1908. 1. 260, 28 mars 1936, Bull. Crim., n°41.

¹¹⁴ Code Pénal annoté, 1^{ère} édition, refondue par M. Rousselet, M. Patin et M. Ancel, tome I, article 1 à 294, Paris, Recueil Sirey, commentaire sous article 64, spécialement n°25.

¹¹⁵ Evelyne Bonis-Garçon, "Troubles psychiques, maladies mentales", *Répertoire pénal Dalloz*, octobre 2002, p. 7.

¹¹⁶ Pierre Bouzat et Jean Pinatel, *Traité de Droit pénal et de criminologie*, Paris, Librairie Dalloz, 1970, tome I rédigé par Pierre Bouzat, pp. 329-330.

¹¹⁷ Evelyne Bonis-Garçon, "Troubles psychiques, maladies mentales", *op. cit.*, p. 15.

¹¹⁸ **Pierre Bouzat et Jean Pinatel, *Traité de Droit pénal et de criminologie*, *op. cit.*, p. 325.**

¹¹⁹ Cass. Crim, 28 mars 1936, Cass. Crim. 7 octobre 1992.

folie a fini par remettre en cause la distinction malade/responsable à l'origine de cette création. En effet, l'évolution interne de la psychiatrie a conduit les membres de la profession à exiger la réintégration du malade délinquant à un droit pénal commun. Une exigence paradoxale se forme alors : le refus d'une judiciarisation de la décision d'internement pour maintenir la légitimité de leur expertise, et le maintien de la dimension symbolique du jugement, estimée thérapeutique pour le patient.

Cette réintégration, opérée moins à la faveur d'une critique ancienne émanant du monde psychiatrique qu'en raison d'un mouvement de reconnaissance des victimes relativement récent, déspecifie la responsabilité pénale du malade mental et affecte en retour la responsabilité du psychiatre en tant qu'expert. En effet, la responsabilisation des malades mentaux, conjuguée à l'extension de la compétence sociale des psychiatres, participe de la disqualification de la compétence médicale de ces derniers.

B-1- L'ARGUMENT THÉRAPEUTIQUE : L'INTÉGRATION DU PATIENT À UN DROIT PÉNAL COMMUN

Pour chaque projet de réforme envisagé, les termes du débat chez les psychiatres sont toujours les mêmes : il s'agit de réfléchir sur le rapport entre responsabilité du malade et responsabilité du psychiatre¹²⁰ et plus largement sur l'articulation entre le psychiatrique et le judiciaire au procès. Pour notre analyse, la référence à un terrain théorique et doctrinal (psychothérapie institutionnelle, psychanalyse, phénoménologie...) peut produire l'illusion d'une vertu performative des énoncés savants, doublée d'un privilège accordé aux individus qui les prononcent. Une pure histoire des idées n'est pas notre objet.

Nous choisirons donc de sociologiser ces énoncés selon c'est-à-dire selon la place occupée par leurs auteurs dans un ensemble socio-politique plus vaste. Pour la période qui nous intéresse, nous recourons donc principalement aux discours des représentants syndicaux de la profession depuis l'après-guerre. Plus précisément, nous tenterons de reconstituer les traits tout à la fois de la profession et de sa culture, en mobilisant les références sur lesquelles les porte-parole de la psychiatrie se fondent pour justifier l'exigence d'un procès pénal comme lieu symbolique utile au malade mental délinquant.

1. L'exigence psychiatrique du procès pénal comme lieu symbolique

La modification de l'article 64 du Code Pénal a été envisagée en 1937, 1943, 1947, 1955 dans le cadre d'un projet de loi de défense sociale, puis en 1978, 1983, 1986 avec une nouvelle présentation en 1989¹²¹. En 1978, un nouvel article est proposé, formulé comme suit :

"N'est pas punissable celui qui était atteint au moment de l'infraction d'un trouble psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. Dans ce cas, l'auteur

¹²⁰ A titre d'exemple, nous rappelons que le 5 novembre 1976, le syndicat des Psychiatres des Hôpitaux se réunit et que deux positions antagonistes apparaissent : l'une prônant l'abolition de l'article 64 car il déresponsabilise le malade mental et responsabilise le psychiatre, l'autre souhaitant le conserver craignant qu'une judiciarisation n'entraîne le maintien à l'hôpital sans décision médicale possible de sortie, "Compte rendu des travaux de la commission déontologie et justice du Syndicat des psychiatres des hôpitaux", *L'information psychiatrique*, Vol 53, n°3, 1977, p. 268.

du crime ou du délit, lorsque son état est de nature à compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, est placé dans un établissement spécialisé par décision de la juridiction d'instruction ou de jugement"¹²².

Trois modifications sont notables : le remplacement du terme de démence¹²³ par celui de trouble psychique, le remplacement de l'annulation de "l'acte" par l'annulation de la "punissabilité", la judiciarisation de la décision de placement. En 1983, les articles proposés reprennent ces trois points mais ajoutent :

"La juridiction peut décider que la peine privative de liberté sera exécutée dans un établissement pénitentiaire doté de moyens appropriés, lorsqu'il apparaît au moment du jugement que le condamné est atteint d'un trouble psychique ou neuro-psychique qu'il convient de traiter"¹²⁴.

Cette disposition concerne le trouble psychique non au moment des faits mais au temps du jugement. L'avant projet de février 1986 présenté à nouveau en 1989 opte pour la formulation de l'article 122-1 et 122-2 actuels adoptés en 1992 (infra), à une exception près : le Sénat y a ajouté la possibilité pour la juridiction, en cas de punissabilité, de décider de l'exécution d'une peine en établissement pénitentiaire spécialisé.

Nous allons nous pencher sur la genèse des premières brèches dans la contre-indication à l'action judiciaire défendue par les psychiatres. Dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, c'est autour du procès de la responsabilité que s'était redéfinie la position majoritaire des psychiatres à l'égard de l'aliéné délinquant : tous les cliniciens réunis à Genève en 1907 autour de Gilbert Ballet avaient en commun le souci de maintenir une contre-indication à l'action judiciaire pour les aliénés¹²⁵. Les avis divergeaient certes sur la nature des conclusions à apporter à l'expertise (faut-il se prononcer sur la pathologie ou sur la responsabilité ?)¹²⁶ mais l'accord se fit sur le

¹²¹ Pierre Couvrat, "Maladie mentale et Droit pénal", in Thierry Alberne (dir), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, 1997, reproduit dans "Dangerosité et responsabilité pénale", Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés locales, ENSOP, 2002, p. 37.

¹²² L'intégralité de l'article n'est pas reproduit ici.

¹²³ Dans sa thèse de 1982, le Docteur Brachet signale en effet que le terme de démence a pratiquement quitté le domaine de la nosographie psychiatrique (Docteur Brachet, "La psychiatisation des problèmes pénaux", thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Université Bordeaux II, Editions Bergeret, 1982).

¹²⁴ Jean Ayme, "L'article 122-1 du Code Pénal, ou comment ne fut pas résolu le paradoxe du fou criminel", in Thierry Alberne (dir), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, 1997, reproduit dans "Dangerosité et responsabilité pénale", *op. cit.*, p. 33.

¹²⁵ Gilbert Ballet, *L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité* (1907), Paris, L'Harmattan, 1999.

¹²⁶ Au Congrès des médecins aliénistes, neurologistes de France et des pays de langue française, le Docteur Ballet limite la mission de l'expert au constat de l'existence ou de l'absence de maladie ; le Docteur Grasset pense en revanche que le médecin doit se prononcer sur l'irresponsabilité pénale de l'accusé, *Actes du Congrès*, 18^{ème} session, Lausanne, 1. 7. VIII, 1907, Masson, in Pierre Bouzat et Jean Pinatel, *Traité de Droit pénal et de criminologie*, *op. cit.*, p. 328.

caractère administratif de l'internement. D'après le psychiatre Daniel Zagury¹²⁷, les avis vont diverger du fait de la place croissante du courant psychanalytique en France. Pour Georges Lantéri-Laura, bien avant le tournant psychanalytique de la fin du XIX^{ème} siècle, l'affinement des diagnostics permettant de situer un patient psychiatrique sur une échelle plutôt que sur le mode binaire normal/pathologique¹²⁸ est déjà un motif d'atténuation de la contre-indication judiciaire.

Ces deux points de vue ne sont pas contradictoires. En effet, plusieurs éléments vont contribuer à la remise en cause de l'article 64 du Code Pénal : dans son application d'abord lorsque la reconnaissance de maladies mentales multiples implique la possibilité de peines modérées, dans son principe ensuite quand l'analyse institutionnelle et l'approche psychanalytique vont redonner un sens à la parole du malade et suggérer l'intérêt du procès comme lieu symbolique de réintégration du malade dans une communauté de droit.

Ce ne sera que très tardivement au XX^{ème} siècle que la critique de l'article 64 se généralisera sous sa forme explicitement psychanalytique¹²⁹. Auparavant, c'est un petit nombre de psychiatres très militants, dans l'après-guerre, qui initient une réflexion sur le patient comme sujet. Plusieurs courants théoriques, qui traversent la psychiatrie vont converger autour de la prise en compte du sujet dans sa globalité, et ainsi jouer en faveur d'une remise en cause de l'article 64 du Code Pénal. Nous allons tenter d'en clarifier les apports en matière de responsabilité pénale.

2. Les grandes structures psychopathologiques et la question de la responsabilité

Georges Lantéri-Laura identifie entre 1926-1977, un paradigme dit "des grandes structures", dont les travaux d'Eugène Minkowski¹³⁰ et de Henri Ey¹³¹ constituent

¹²⁷ D. Zagury, "Les psychiatres d'exercice public et l'expertise", *L'information psychiatrique*, n°5, mai 2001, p. 460.

¹²⁸ G. Lantéri-Laura, "Pathologie mentale et Droit pénal : un regard rétrospectif", *op. cit.*, p. 31.

¹²⁹ L'article 64 du Code Pénal fit l'objet de vives critiques car de nombreux psychiatres y voyaient l'exclusion du criminel reconnu dément de la société "par une sorte d'annulation de son acte criminel", Irène François, Patrice Guillet, André Marin, "Le psychiatre et la loi", *op. cit.*, p. 56.

¹³⁰ Eugène Minkowski (1885-1972) travaille comme interne dans le service de Bleuler dans les années 1910 à Zurich, après avoir suivi un cursus médical en Pologne, en Russie et en Allemagne. Il se bat aux côtés des français en 1915, et est un membre actif de la résistance pendant la Seconde Guerre Mondiale. Sa troisième thèse de médecine en 1926 porte sur la notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie ; elle est publiée en 1927 sous le titre *La schizophrénie*. Il est l'un des membres fondateurs de la revue *L'évolution psychiatrique* qui voit le jour en 1925. Il est le grand représentant de la psychiatrie phénoménologique, avec Henri Ey, qui a annexé la phénoménologie dans sa conception jaksonienne.

¹³¹ Henri Ey (1900-1977) reçoit le titre de Docteur en médecine en 1926. Il devient médecin chef de l'hôpital psychiatrique départemental de Bonneval en 1933, poste qu'il conservera jusqu'en 1970. Il est secrétaire général de la Société de *L'Evolution psychiatrique* après 1945 et Secrétaire général des Congrès mondiaux de psychiatrie jusqu'en 1967.

l'illustration la plus pertinente. Leurs travaux nous intéressent d'autant plus que Minkowski participe justement aux réunions de la Commission des Maladies Mentales¹³² de l'après-guerre, tout comme Henri Ey, qui est alors un membre actif du Conseil du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques¹³³, organe représentant largement les médecins des hôpitaux psychiatriques entre 1945 et 1972.

Dans l'avant-propos de la réédition de *La schizophrénie*¹³⁴ d'Eugène Minkowski, Sven Follin¹³⁵ nous indique que Minkowski, qui avait travaillé comme interne dans le service de Bleuler¹³⁶, l'inventeur du terme 'schizophrénie', s'est interrogé sur la concordance des processus psychiques et de la pensée, à partir de la philosophie bergsonienne de l'élan vital¹³⁷. La schizophrénie, définie par Eugène Minkowski comme "la perte de contact vital

¹³² La Commission des Maladies Mentales fut créée par arrêté le 2 mai 1947 sous le nom de commission d'études des Problèmes de santé mentale. L'arrêté prévoyait qu'elle était consultée obligatoirement pour toute mesure tendant à modifier l'équipement national ou départemental d'assistance psychiatrique, ainsi que tout organisme concourant à la protection de la santé mentale (article 2), pour l'étude des problèmes médico-sociaux de réorganisation de ce dispositif et l'élaboration des principes pour l'harmonisation de leurs activités et des règles pour leur extension. La commission doit donner un avis au ministre, spontané ou sur demande. La Commission des Maladies Mentales s'est consacrée depuis sa création à l'organisation et au règlement intérieur des services libres annexés aux hôpitaux psychiatriques, à l'arrêté type concernant le placement volontaire gratuit (correspond à l'actuel placement sur demande d'un tiers), la formation professionnelle du personnel soignant, le contrat type passé entre départements et hôpitaux psychiatriques privés et entre hôpitaux psychiatriques et congrégations, la subvention pour travaux d'amélioration et de construction d'hôpitaux psychiatriques, l'hospitalisation des malades difficiles, etc. (Document de la Mission des archives nationales, Répertoire des actes du Ministère de la Santé, direction Générale de la Santé, Bureau de maladies mentales, de l'alcoolisme et de la toxicomanie). La commission plénière se réunit trois à quatre fois par an ; elle est l'organe conseil du Ministère jusqu'en 1963. Il n'y aura aucune réunion en 1964 et une seule en 1965. Elle reprend une activité régulière en 1966. La Commission des Maladies Mentales fonctionnera jusqu'en 1983. En 1987, un arrêté du 8 septembre "porte création d'une Commission des Maladies Mentales" qui sera remplacée en 1995 par le comité consultatif de santé mentale (arrêté du 3 février 1995 modifié par arrêté du 19 janvier 1996) constitué auprès du ministre chargé de la santé, qui à sa demande "exprime la position des différentes instances représentatives des professionnels concernés et des associations oeuvrant dans ce domaine sur les grandes orientations de la politique nationale de santé mentale". Le comité comprend cinq membres de Droit (le Directeur Général de la Santé, le Directeur des Hôpitaux, le Directeur de l'Action Sociale, le Directeur de la Sécurité sociale et un représentant du Haut Comité de Santé Publique), trente-deux membres d'organisations professionnelles ou syndicales et d'associations (la psychiatrie de secteur, universitaire et privée y est représentée ainsi que la profession de psychologue et de travailleurs social). Le président du comité peut convier toute autre personne compétente aux travaux ; la Direction Générale de la Santé assure son secrétariat. Ses membres sont désignés pour trois ans renouvelables. L'arrêté du 20 mars 2001 a prorogé leur mandat pour une durée de deux ans à compter du 11 avril 2002.

¹³³ Le supplément du numéro de mars 1957 de *L'information psychiatrique* relate la réunion du Conseil syndical du 25 février 1957 ; Henri Ey préside. *L'information psychiatrique*, mars 1957, p. 1.

¹³⁴ Eugène Minkowski, *La schizophrénie* (1927), Paris, Editions Payot et Rivages, 2002.

¹³⁵ Sven Follin, né en 1911, ancien chef de clinique de Paris, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche en 1942, fit partie du collectif "Batia" ("Espoir" en langue basque), groupe réuni dans l'immédiat après guerre. Sven Follin réalisa une psychiatrie ouverte sans recours à la loi de 1838 à Montauban après son passage comme assistant chez Paul Sivadon à Ville-Evrard.

avec la réalité", signifie d'après Sven Follin, que :

"Ce que perd le malade, ce n'est pas la possibilité d'un simple contact sensoriel avec l'ambiance mais la dynamique de ces contacts avec autrui. Le sens vécu par le malade se réfère ici à la place du sujet dans le monde dont il ne suit plus les transformations et les événements : le sens est existentiel"¹³⁸.

L'importance du Temps vécu de Minkowski¹³⁹ sera d'ailleurs soulignée par Jacques Lacan :

"La nouveauté méthodique des aperçus du Dr Minkowski est leur référence au point de vue de la structure, point de vue assez étranger aux conceptions des

¹³⁶ Bleuler élabore la théorie des complexes (résistances) entre 1906 et 1910 et publie un ouvrage sur la schizophrénie en 1911 dans lequel la psychanalyse est traitée avec les mêmes honneurs que la méthode clinico-symptomatique. Le texte de Bleuler de 1911 sur les schizophrénies se situe dans une perspective psychopathologique, où la clinique ne tient plus qu'un second rôle. Bleuler ne décrit pas une nouvelle maladie, la schizophrénie, à ajouter à celles qui se trouvaient déjà connues, mais réorganise tout le domaine des délires chroniques d'un point de vue supérieur à celui de la simple description clinique, en y introduisant le groupe des schizophrénies (Georges Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne, op. cit.*, p. 140 et suivantes.

¹³⁷ Eugène Minkowski, *La schizophrénie, op. cit.*, p. 7.

¹³⁸ Cette conception le rapproche de Binswanger d'après Sven Follin (Préface, Eugène Minkowski, *La schizophrénie, op. cit.*, p. 7). Pour Ludwig Binswanger, la constitution de la psychiatrie clinique, sur laquelle reposent les catégories fondamentales de sa pensée et " son caractère de science médicale ", date de 1861 où fut publiée la seconde édition de l'ouvrage de Griesinger *Pathologie et thérapie des maladies psychiques*, d'après lequel les manifestations psychiques, à cause de leur " être organique ", ne doivent être interprétées que par le naturaliste. Pour Griesinger, l'être dément n'est qu'un complexe symptomatique de différents états cérébraux anormaux. Binswanger considère Griesinger comme le théoricien le plus important de toute la psychiatrie mais pense que le seul théoricien réellement complet fut Wernicke qui offrit, au delà d'une science médicale descriptive et classificatrice, une " théorie des maladies mentales dans le sens d'une pathophysiologie des fonctions cérébrales " impliquant pour la psychiatrie de se dissoudre dans la neuropathologie de la fonction cérébrale. Ainsi pour Wernicke, la psychose ne nommait pas une maladie d'origine déterminée mais le " nom d'une totalité des modifications psychiques qui découlent de la perturbation d'une fonction nerveuse fondamentale ". Binswanger rattache principalement la suite du développement de la constitution de la psychiatrie clinique aux noms de Kahlbaum, Kraepelin, et Bleuler avec pour nouveauté " la concentration authentiquement médico-clinique de l'intérêt sur le groupement ou la classification des tableaux de maladies selon leur constat pathologique-anatomique, leur symptomatologie et leur déroulement historique à l'intérieur de l'histoire de vie totale de l'individu, et liées à cela, la délimitation de tableaux d'états cliniques (syndromes), leur séparation des formes ou des processus intrinsèques de maladie au cours desquelles ils surviennent ". Si les maladies mentales sont ici conçues comme des maladies cérébrales, l'observation, l'examen et le traitement s'étendent, bien au delà du champ psychiatrique-neurologique, à l'organisme total. Ainsi, selon Binswanger, la grande pensée de Freud se croise au début du siècle avec la "grande pensée de la psychiatrie clinique", à savoir la tentative de "comprendre l'homme et l'humanité à partir de la vie". Pour Freud aussi, la psychologie est science naturelle ; l'organisme pour Freud signifie le concept même du fait global pulsionnel comprenant le fait global psychique, chimique et physique, d'une individualité biologique. Développement normal et pathologique de l'organisme sont synonymes de développement normal et pathologique des pulsions et de leur conjugaison fonctionnelle. Cf. Ludwig Biswanger, *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne* (1947), Saint-Amand, Gallimard, TEL, 1970, pp. 177-188.

¹³⁹ Eugène Minkowski, *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1933.

psychiatres français pour que beaucoup croient encore qu'il s'agit là d'un équivalent de la psychologie des facultés [...] avec Minkowski, la posture du psychiatre a changé [...] il ne se contente plus d' 'enregistrer les déclarations d'un sujet' mais il pénètre la réalité de cette expérience en saisissant dans le comportement du malade le moment où s'impose l'intuition décisive de la certitude ou bien l'ambivalence suspensive de l'action, et en retrouvant par notre assentiment la forme sous laquelle s'affirme ce moment". ¹⁴⁰

Eugène Minkowski souligne dans son ouvrage de 1927 la portée pratique de la notion de schizophrénie, déjà testée dans l'asile de Zurich devenu, sous l'impulsion de Bleuler, "le centre d'un puissant mouvement thérapeutique et prophylactique, tant d'ordre social qu'individuel"¹⁴¹. Convaincu de la valeur thérapeutique des concepts nosologiques en psychiatrie, Minkowski en appelle à la modification de l'ambiance dans laquelle est appelé à vivre et à évoluer le malade, ambiance dont "nous faisons nous-mêmes partie"¹⁴². La schizophrénie de Minkowski est loin de la notion de démence précoce de Kraepelin¹⁴³, car ses symptômes eux-mêmes, loin d'être des signes d'une destruction irréparable des facultés psychiques, "consistent bien davantage dans une déviation, déterminée par la perte de contact vital avec la réalité", expression impliquant "l'idée de la possibilité de rétablir ce contact, entièrement ou partiellement"¹⁴⁴. Minkowski termine son ouvrage par des recommandations thérapeutiques basées sur l'idée que la notion même de curabilité peut avoir par elle-même une valeur curative :

"Le fait même d'aborder le malade comme pouvant guérir influe sur toute notre attitude à son égard, influe sur le personnel, sur la famille, sur tout l'entourage et tend ainsi à diminuer cette force hostile qu'est pour le malade la réalité". ¹⁴⁵

Minkowski n'est pas considéré comme ayant eu une grande influence sur la psychiatrie française, à part chez certains psychiatres très "phénoménologisants"¹⁴⁶. Ce fait ne doit pas nous détourner de son influence à la Commission des Maladies Mentales dans les années 1950 aux côtés notamment de Xavier Abély¹⁴⁷, Lucien Bonnafé¹⁴⁸, Louis Le Guillant¹⁴⁹ et Georges Daumézon¹⁵⁰, commission constituant une sorte de relais entre le

¹⁴⁰ Jacques Lacan, "Compte rendu du Temps Vécu", *Recherches philosophiques*, n°5, 1935-1936, pp. 424-431.

¹⁴¹ Eugène Minkowski, *La schizophrénie*, op. cit., p. 268.

¹⁴² Eugène Minkowski, *La schizophrénie*, op. cit., p. 269.

¹⁴³ "la schizophrénie libère non seulement l'aliéné, mais aussi l'aliéniste des chaînes qui leur avaient été imposées à tous les deux pendant si longtemps par la notion de démence" (Eugène Minkowski, *La schizophrénie*, op. cit., p. 271).

¹⁴⁴ Eugène Minkowski, *La schizophrénie* (1927), Editions Payot et Rivages, 2002, p. 269.

¹⁴⁵ Eugène Minkowski, op. cit., p. 270.

¹⁴⁶ En septembre 1989, Arthur Tatossian consacre sa première intervention au colloque de Cerisy à Minkowski et Binswanger.

¹⁴⁷ Xavier Abély, né en 1890, devient médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban en 1920. Il sera Président de la Commission des Maladies Mentales dans les années 1950.

Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques et les pouvoirs publics¹⁵¹. Lucien Bonnafé et Louis Le Guillant sont en outre conseillers techniques auprès du Ministre de la Santé.

Henri Ey fit plus d'émules que Minkowski. Orienté vers la psychopathologie et la philosophie, il exerce une forte influence à travers ses enseignements hebdomadaires à Saint-Anne¹⁵² et ses publications. Sa conception "organo-dynamique" fut vivement critiquée par Lacan. Le premier terme "organo" ne renvoie en rien à un organicisme mais "veut exclusivement dire qu'il va s'agir de l'organisation du sujet humain et de ses désorganisations pathologiques éventuelles" ; quant au terme "dynamique", il rappelle que "toute l'existence humaine est en devenir"¹⁵³.

Henri Ey distingue la pathologie neurologique qui correspond à une déstructuration fonctionnelle partielle de la pathologie psychiatrique, qui est une déstructuration globale, soit de l'organisation de la conscience, soit de l'organisation de la personnalité. L'effet le plus important de la notion de structure sur la psychiatrie tient pour Lantéri-Laura à une modification générale de perspective : pendant la période où prédomine le paradigme précédent, la psychiatrie se pratiquait grâce à la clinique et à titre de complément grâce à l'anatomie pathologique. Le mot de psychopathologie¹⁵⁴ existait avant mais fonctionnait comme doublet de psychiatrie. La prévalence de la notion de structure implique en revanche que le rapport entre la psychopathologie et la psychiatrie s'inverse complètement : la psychiatrie clinique passe au second plan, sans envergure anthropologique, alors que la psychopathologie devient dominante. Ceci va tendre à un modèle voisin, pour Lantéri-Laura, de celui que prophétisait Claude Bernard sous le nom

¹⁴⁸ Lucien Bonnafé, né en 1912, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, devient médecin chef de l'hôpital psychiatrique départemental de Sotteville-Les Rouen en 1942.

¹⁴⁹ Louis Le Guillant (1900-1968) est interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine en 1926, médecin du cadre des Hôpitaux psychiatriques en 1931. Il est médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire de 1932 à 1944. Conseiller technique auprès du ministère de la santé publique François Billoux entre 1944 et 1947, chargé par lui de la coordination des services de l'enfance déficiente et en danger moral. Le Guillant est nommé à l'hôpital psychiatrique de Villejuif en 1947 ; il y restera jusqu'en 1965, année de sa retraite. Il entre au PCF en 1947. Il est membre du groupe de Sèvres créé par Daumézon en 1957. "Quelle psychiatrie pour notre temps ?", *Travaux et écrits de Louis Le Guillant*, textes réunis par le Groupe de recherche Louis Le Guillant, Toulouse, Erès, 1984, pp. 439-440.

¹⁵⁰ Georges Daumézon, né en 1912, devient médecin chef en 1937 à Saint Anne.

¹⁵¹ Les membres présents à la Commission des Maladies Mentales en 1957 sont notamment les Docteurs Abély, Dechaume, Pichot, Bonnafé, Bouquerel, Daumézon, Duchesne, Lauzier, Le Guillant, Minkowski, Mignot, Ueberschlag, et Mademoiselle Mamelet, chef du bureau des maladies mentales et de l'alcoolisme, à la sous-direction de l'Hygiène sociale (*L'information psychiatrique*, n°1 janvier 1957, p. 39).

¹⁵² Henri Ey n'était pas de service à Saint-Anne puisqu'il exerçait là-bas la fonction de bibliothécaire. Son service était à l'hôpital psychiatrique de Bonneval, à une centaine de kilomètres de Paris.

¹⁵⁴ La psychopathologie a pour objet l'étude comparée des processus normaux et pathologiques de la vie psychique.

de physiologie générale, science essentiellement expérimentale, incluant la physiopathologie, qui comprend elle-même la médecine expérimentale.

Le paradigme des grandes structures psychopathologiques met donc en œuvre une distinction propre à organiser dans la psychiatrie tout ce qui ne correspond pas à des lésions cérébrales évidentes, ni à des facteurs exogènes indubitables. Renforcé par l'apport des conceptions freudiennes, et d'autres savoirs comme la neurologie et la phénoménologie, le paradigme des grandes structures psychopathologiques peut remplir un double rôle : maintenir une opposition entre névrose et psychose¹⁵⁵, et conserver une valeur pragmatique et effective à l'exigence de totalité de la compréhension de la vie humaine. Il s'agit pour nous de saisir en quoi ce nouveau paradigme comporte des effets sur l'idée de responsabilité du malade mental. La version Lacanienne de la psychanalyse nous intéresse alors dans ce qu'elle suggère pour le malade mental délinquant. En effet, Lacan écrit dans sa thèse de 1932 :

"Sans prendre parti sur le sujet, nous dirons seulement que dans certains cas que nous décrivons et dans l'état actuel des lois, la répression pénitentiaire appliquée avec le bénéfice de l'atténuation maximum nous semble avoir une valeur thérapeutique égale à la prophylaxie asilaire tout en assurant de façon meilleure et les droits de l'individu et les responsabilités de la société"¹⁵⁶.

De plus, une trentaine d'années plus tard, Lacan fait de l'aveu l'une des "clefs de la

¹⁵³ Ceux qui ont compté dans la psychiatrie de l'entre-deux guerres - Guiraud, Minkowski, H. Ey et tout le groupe de l'Evolution psychiatrique, se sont situés comme des adversaires de la psychiatrie classique (notamment les constitutionnalistes). D'après eux, la pathologie mentale procédait par un dynamisme ontogénétique car l'histoire singulière du sujet prenait une valeur étiopathogénique et la pathologie mentale semblait une source de connaissance sur l'homme dans sa totalité et s'insérait du même coup dans une anthropologie générale (cf. la psychanalyse). La sémiologie se trouve concernée à la fois par un retour sur les travaux de Jackson et par une remise en cause des conceptions de Bleuler par Minkowski qui critique dans sa thèse de 1926 sur *La notion de perte de contact avec la réalité et ses applications en psychopathologie*, une sémiologie fondée sur la juxtaposition de signes disparates, comme les altérations du cours de la pensée, les troubles associatifs et le repli sur soi, et la référence à une psychologie associationniste et à une caractérologie triviale, qu'il estime désuète. D'après Lantéri-Laura, le diagnostic structural cherche à identifier le trouble générateur, contrairement au diagnostic par sentiment qui consiste à accorder une grande importance à ce que ressent le clinicien dans son rapport au patient (cf. Minkowski), et à l'organo-dynamisme de Henri Ey. Dans ses *Etudes psychiatriques* (2^{ème} édition, 1952, pp. 157-186), *La conscience* (1963), le *Traité des hallucinations* (1973), et *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* (1975), Henri Ey expose une vaste synthèse qui offre une cosmogonie complétée par une anthropologie inspirée de Jackson, de Husserl et de Freud. Le terme de destructuration est la clé de toute la pathologie pour Henri Ey. La psychiatrie y est décrite comme "une pathologie de la liberté" au sens où le système nerveux central, qui intègre toute une hiérarchie de fonctions dont les plus anciennes contrôlent les plus anciennes, peut être l'objet de deux sortes de destructurations, les unes partielles, les autres globales. Georges Lantéri-laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, op. cit., p. 182 et suivantes.

¹⁵⁵ La névrose est une affection psychique perturbant peu la personnalité et la vie sociale et dont le sujet est conscient tandis que la psychose est une affection mentale caractérisée par une altération profonde de la personnalité et des fonctions intellectuelles, et par le fait que le sujet n'a pas en permanence conscience de son état.

¹⁵⁶ Cité par Daniel Zagury, in *"Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ?"*, *Journal Français de Psychiatrie*, op. cit., p. 15.

réintégration à la communauté sociale" :

"Le recours à l'aveu, qui est une des clefs de la vérité criminologique, et la réintégration à la communauté sociale, qui est l'une des fins de son application, paraissent trouver une forme privilégiée dans le dialogue analytique, c'est avant tout parce que pouvant être poussé jusqu'aux significations les plus radicales, ce dialogue rejoint l'universel qui est inclus dans le langage et qui, loin qu'on puisse l'éliminer de l'anthropologie, en constitue le fondement et la fin, car la psychanalyse n'est qu'une extension technique explorant dans l'individu la portée de cette dialectique qui scande les enfantements de notre société".¹⁵⁷

L'idée de développer l'initiative personnelle des malades remonte à Bouchet de Nantes en 1848. Avant Lacan, Hermann Simon avait déjà décrit les effets pathogènes des institutions psychiatriques¹⁵⁸ et se proposait de mettre en œuvre ce qu'il appelait la "thérapeutique plus active" des malades à l'hôpital dès 1929. Philippe Rappard explique qu'il est de règle, depuis Hermann Simon, de respecter à l'hôpital les défenses psychotiques¹⁵⁹, parce que la relation transférentielle établie avec le psychiatre ne peut se dénouer par la médiation d'un recours aux structures symboliques du collectif¹⁶⁰. Il faut donc articuler les psychothérapies individuelles avec l'analyse des résistances et phénomènes d'exclusion se produisant dans les groupes où sont intégrés les malades.

Autrement dit, respecter les défenses psychotiques du malade signifie laisser s'exprimer sa psychose en phase aiguë en lui donnant le statut de sujet parlant ; agir sur le milieu de vie du malade suppose de lutter contre l'inaction et l'ambiance défavorable de l'hôpital, et surtout contre le préjugé d'irresponsabilité du malade mental. Herman Simon indique sur ce dernier point que "l'idée que les aliénés sont irresponsables de leurs actes et de leur état, doit être entièrement et catégoriquement révisée et considérée comme entièrement fautive"¹⁶¹.

La création de clubs thérapeutiques participe de la même volonté de restituer au malade une responsabilité. Le club sera "l'institution qui conditionnera et mobilisera la structure tout entière de la personnalité des malades en leur offrant la possibilité de redécouvrir le monde social 'non comme objet mais comme dimension d'existence'(Merleau-Ponty)"¹⁶². Cela signifie plus simplement que le club émancipera le

¹⁵⁷ Jacques Lacan, *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, le Champ Freudien, 1966, pp. 127-128.

¹⁵⁸ Herman Simon, *Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique* (1929), Berlin, Edition W. de Gruyter, traduction française à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, 1955.

¹⁵⁹ Le terme de défense psychotique désigne le fait que le malade réagit au milieu ambiant

¹⁶⁰ Philippe Rappard explique que le médecin n'est pas le seul support des investissements fantasmatiques successifs du psychotique : le milieu concret de vie est tout entier le support de multiples investissements inconscients. L'intervention sur le milieu est donc nécessaire pour que le patient ne vive pas sur un mode morcellé l'investissement inconscient à l'égard du médecin d'une part et des groupes auxquels le malade est intégré d'autre part. Philippe Rappard, *La folie et l'Etat, aliénation mentale et aliénation sociale*, Toulouse, Privat, Domaines de la psychiatrie, 1981, p. 243.

¹⁶¹ Cité par Philippe Rappard, *La folie et l'Etat*, op. cit., p. 51.

malade de ses autorités de tutelle (le médecin et l'administration) parce qu'il formera de petits groupes au sein desquels les malades institueront de leur propre initiative des relations interpersonnelles et pourront produire de manière active un travail dont les gains possèdent une vertu thérapeutique¹⁶³.

Nous venons précisément d'évoquer Jacques Lacan et Hermann Simon parce qu'ils ont pu être les maîtres des médecins des hôpitaux psychiatriques qui, dans l'après-guerre, vont former un collectif puis un Syndicat ayant vocation à faire passer ces idées au niveau politique.

Les travaux de Lacan et Simon sont en effet les deux ressources de François Tosquelles lorsqu'il arrive à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban en 1941, contraint de fuir l'Espagne de Franco. Tosquelles a une formation psychanalytique ; il emporte avec lui le livre d'Herman Simon et la thèse de Jacques Lacan sur la personnalité paranoïaque¹⁶⁴. Ces ouvrages ne sont pratiquement pas connus à l'époque en France. A Saint-Alban, un groupe se constitue : le collectif Batia¹⁶⁵, qui réunit dans l'immédiat après-guerre et pendant une courte période, François Tosquelles, Julian de Ajuriaguerra¹⁶⁶, Paul Bernard, Lucien Bonnafé, Georges Daumézon, Henri Duchêne¹⁶⁷, Henri Ey, Pierre Fouquet, Sven Follin, Jacques Lacan, Louis Le Guillant, et Paul Sivadon¹⁶⁸, noms que l'on retrouvera fréquemment, hormis celui de Lacan, dans les écrits du Conseil du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques.

A Hermann Simon, le groupe emprunte l'idée qu'il faut à la fois soigner

¹⁶² *Ibid*, p. 55.

¹⁶³ La maîtrise de la plus value, dans le cadre associatif de la loi de 1901, est conçue comme un moyen majeur d'investissement du malade dans une vie sociale, non seulement de l'établissement mais aussi de la communauté dans son ensemble (achats individuels, sorties distractives et culturelles, démarches de réadaptation, fonds d'entraide des malades pour leur sortie de l'hôpital, etc.) (Philippe Rappard, *ibid*, p. 58).

¹⁶⁴ François Tosquelles fait réaliser une édition clandestine des deux livres par l'imprimerie du Club des malades de Saint-Alban.

¹⁶⁵ Les fondateurs d'un groupe se donnent le nom collectif du fictif Docteur Batia (espoir, en langue basque) à l'instar des mathématiciens qui avaient fondé le groupe Bourbaki.

¹⁶⁶ Juliàn De Ajuriaguerra (1911-1993), résistant en Espagne puis en France, se forme à la psychiatrie à Saint-Anne où il commence son internat en 1933. Il côtoie Henri Ey, Eugène Minkowski, se dit disciple de Guiraud et Marchand. Il sera nommé Professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie à titre étranger en 1946. Il exerce à l'hôpital Henri Rousselle jusqu'en 1959, date à laquelle il part pour Genève où on lui confie la direction de la clinique psychiatrique de Bel-Air et le plan d'organisation de santé mentale du canton.

¹⁶⁷ Henri Duchêne, fait son internat avec Bonnafé à Ville-Evrard au début de l'occupation. Il dénoncera après 1945 la surmortalité des malades mentaux durant la guerre. Il jouera un rôle décisif dans les premières initiatives réglementaires visant à développer le secteur comme en témoigne son rapport au Congrès de Psychiatrie de Tours en 1959 sur "Les services publics extra-hospitaliers". Lucien Bonnafé, *La psychanalyse de la connaissance*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2002, p. 160.

¹⁶⁸ Paul Sivadon, né en 1907, devient médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard en 1935.

l'établissement et soigner chaque malade, en libérant son initiative et sa responsabilité, et en multipliant les occasions de travail et de créativité ; à Lacan, il emprunte la démarche de compréhension de la psychose héritée des découvertes freudiennes. Ces médecins réunis à Saint-Alban ont en commun la volonté d'attribuer un sens au discours du psychotique : il devient alors indispensable de donner une place à la parole des soignés comme des soignants.

On notera ici que, pour Sigmund Freud, loin de préconiser une peine pour le malade criminel, "la tâche du thérapeute est la même que celle du juge d'instruction"¹⁶⁹ puisque le juge d'instruction veut savoir si certains faits sont connus de l'accusé, au sens où il se reconnaît comme auteur de ces faits.

Ce n'est que dans les années 1970 que la formulation psychanalytique de la critique de l'article 64 se généralise. La psychanalyse comme méta-théorie opère plus généralement le rapprochement conceptuel entre un moment de la psychiatrie et les demandes faites au droit, parce qu'elle fait justement du droit "l'équivalent du langage en ce qu'il est la condition de la parole"¹⁷⁰. Certains psychiatres invoqueront même, pour justifier le besoin de redonner au malade mental accusé le temps de l'imputation au procès, la demande même de l'accusé¹⁷¹.

Progressivement, la responsabilisation du sujet par rapport à la loi va marquer le discours d'une majorité des psychiatres. A la fin des années 1970 et dans les années 1980, plusieurs thèses de psychiatrie seront d'ailleurs consacrées à l'étude de l'influence de l'irresponsabilité pénale sur l'évolution clinique¹⁷². L'extrait de l'une d'entre elles a valeur d'appel à la reconnaissance de l'évolution du "savoir" psychiatrique :

"L'article 64 du Code Pénal a été élaboré à partir du moment où le savoir psychiatrique a acquis son droit de cité. Ses données prennent peu à peu force de vérités scientifiques objectives et sont tenues pour telles tant qu'elles servent

¹⁶⁹ Sigmund Freud, "La psychanalyse en matière judiciaire" (1906), in *Essai de psychanalyse appliquée*, traduction M. Bonaparte et E. Marty, NRF, Gallimard, Paris, 1933, p. 49.

¹⁷⁰ F. Martinet, magistrat, "communications sur le thème du rapport", in Philippe Rappard et Monique Bucher-Thizon, *La raison psychiatrique et la raison juridique*, Rapport de Médecine légale, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXVIII^{ème} session, 18-23 juin 1990, Tome III, Paris, Masson, 1991, p. 456.

¹⁷¹ Philippe Rappard relate le cas de S. Ferraton, auteur d'un double meurtre, jugé en 1978, qui refusait de plaider l'irresponsabilité dans le cadre de l'article 64 du Code Pénal, risquant ainsi la peine capitale à l'époque. Philippe Rappard, "Psychose, passage à l'acte et irresponsabilité pénale : prévention et liberté", *Extrait du compte rendu du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, LXXXV^{ème} session, Limoges, 27 juin-2 juillet 1977, p. 180.

¹⁷² J-P Milanese, "Le crime du fou, aspects cliniques et médico-légaux : le problème de l'expertise", Thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Université de Nancy, 1978 ; F. Toucouère, *De l'incidence de l'irresponsabilité pénale sur l'évolution clinique des psychoses*, Thèse de médecine, Faculté de médecine de la Pitié Salpêtrière, Paris, 1983 ; A. Migayrou, *Incidence de l'irresponsabilité pénale sur la prise en charge des patients médico-légaux*, Thèse de médecine, Faculté de médecine Pitié de la Salpêtrière, Paris, 1986 ; A. Tuffelli, *Problèmes posés par la dangerosité des patients placés ou retenus selon les modalités du placement d'office avec ou sans non-lieu judiciaire*, Thèse de médecine, Faculté de médecine de la Pitié Salpêtrière, Paris, 1987.

l'Ordre social [...] Il nous paraît logique dans ce cas d'apporter le même crédit aux apports de la psychanalyse, de la sociologie, bref de toutes les Sciences de l'homme" ¹⁷³ .

Sans réduire l'argument psychiatrique à sa formulation psychanalytique, d'autant que Lacan était resté très prudent, on peut le résumer ainsi : déresponsabiliser l'auteur de l'acte, c'est "priver son auteur de tout travail de réparation face à sa culpabilité vécue" ; c'est figer le sujet à l'état d'objet, où toute culpabilité est évacuée ¹⁷⁴ . L'analyse de Jacques Michel clarifie cette possibilité d'inscrire l'insensé dans le droit commun à partir du Contrat social de Rousseau : l'équivalence entre l'esclave et l'insensé désigne une existence de fait identique excluant toute intégration à un droit commun. Le jugement, comme le contrat social, transforme le fou comme objet du droit en sujet de droit imputable et responsable, "imputable parce qu'il est reconnu comme membre de la communauté, et responsable parce que l'acte qu'il a commis est bien le sien" ¹⁷⁵ . Du même coup, restituer au malade sa culpabilité, c'est l'inscrire dans une possible réhabilitation thérapeutique par la reconnaissance de ses actes.

Dans les années 1980, un consensus certain s'établit quant à la nécessité de restituer au malade mental accusé sa responsabilité pénale. Nous livrons à titre d'exemple deux manifestations de cet accord. Tout d'abord, le Rapport Demay de 1982, commandé par le Ministre de la Santé Jack Ralite, auquel ont participé notamment Lucien Bonnafé, Hubert Mignot ¹⁷⁶ et Roger Misès ¹⁷⁷ , critique l'article 64 pour "la mort psychique" à laquelle il renvoie ("la conscience sociale et la connaissance scientifique ne peuvent plus accepter pareille notion que seul expliquerait une conception anachronique") ¹⁷⁸ .

Ensuite, une lettre du 22 avril 1985 du Secrétaire général du Syndicat des Psychiatres Français ¹⁷⁹ , alors présidé par le Professeur Tatossian, éminent psychiatre

¹⁷³ Jean-Paul Milanese, *"Le crime du fou, aspects cliniques et médico-légaux : le problème de l'expertise"*, Thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Université de Nancy, 1978, p. 128.

¹⁷⁴ Paul Hivert, "Vers un nouvel article 64 du Code Pénal ?", *Psychiatrie française*, n°1, janvier-février 1985, p. 21.

¹⁷⁵ Jacques Michel, "La folie ne fait pas Droit", dans *Le citoyen fou*, sous la direction de Nathalie Robotel, PUF, Nouvelle Encyclopédie Diderot, 1991, p. 57.

¹⁷⁶ Hubert Mignot, né en 1910, fut médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche.

¹⁷⁷ A leurs côtés, on trouve entre autres Guy Baillon, Tony Laine, et le Professeur Bailly-Sali., Mademoiselle Mamelet, chef du bureau des maladies mentales et de l'alcoolisme, à la sous-direction de l'Hygiène sociale entre 1956 et 1965, participe également à l'élaboration du Rapport Demay.

¹⁷⁸ Rapport de M. et J. Demay, *Une voie française pour une psychiatrie différente*, Document établi à la demande de Jack Ralite, Ministre de la Santé, juillet 1982, p. 25.

¹⁷⁹ Le Syndicat des Psychiatres Français est créé en 1967 dans un souci "d'unifier un monde psychiatrique institutionnellement hétérogène", sa revue se nomme *Psychiatrie Française* (Patrice Pinell, "Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)", juin 2002, Cahiers de recherche de la MiRe, La Documentation Française, n°15, avril 2003, p. 21).

phénoménologue, témoigne de la généralisation du mouvement critique que nous avons décrit :

"Nous avons été, pour notre part, toujours partisans d'une réforme de l'article actuel car, en disant qu'il n'y a "ni crime ni délit", le Code Pénal fait comme si les actes médico-légaux d'un malade mental n'existaient pas".

Plus tard, certains objecteront que, en bouleversant la représentation du rapport de l'aliéné délinquant à la loi, la psychanalyse est responsable, malgré elle, par une valorisation de ses concepts en dehors de la situation de cure, d'une identification aux conséquences fâcheuses entre le sujet du droit et le sujet de l'inconscient¹⁸⁰.

B-2- L'ARGUMENT SCIENTIFIQUE : LA FIGURE DE L'EXPERT

Depuis la loi de 1838, la spécificité française est constituée par le caractère administratif et non judiciaire de l'internement¹⁸¹. La reconnaissance du caractère pathologique de certains actes a pris historiquement la forme d'une dénonciation des risques de la judiciarisation du placement en hôpital psychiatrique. Le sens accordé par les psychiatres à leur pouvoir d'expertise est alors celui d'une légitimation de leur compétence. Cette conception est longtemps allée de paire avec une contre-indication thérapeutique à l'action judiciaire : le malade mental accusé devait être soigné et non puni.

Mais à partir du moment où l'exigence d'un procès est formulée par les psychiatres eux-mêmes, elle vient butter sur ce qui fonde la parole du psychiatre comme tiers de la science : le débat sur l'intérêt de la judiciarisation de l'internement resurgit alors périodiquement chez les psychiatres toutes les fois qu'une réforme du Code Pénal est mise à l'ordre du jour.

1. Le pouvoir du psychiatre

L'analyse du pouvoir psychiatrique de Michel Foucault nous est ici utile lorsqu'il écrit :

"Le champ différentiel à l'intérieur duquel s'exerce le diagnostic de la folie n'est pas constitué par l'éventail des espèces nosographiques, il est simplement constitué par la scansion entre ce qui est folie et ce qui est non-folie... c'est dans ce champ proprement duel que s'exerce le diagnostic de la folie"¹⁸².

¹⁸⁰ "si la question du Droit est *peut-on lui imputer son acte ?*, l'exigence psychanalytique impose qu'on lui impute son acte" écrit Franck Chaumont, dans un article intitulé "Folie et responsabilité" (in Claude Louzoun et Denis Salas (dir), *Justice et psychiatrie : normes, responsabilité, éthique*, op. cit., pp. 137-142). La remarque de Franck Chaumont rejoint la critique des non-lieux psychiatriques formulée par Michel Bénézech, psychiatre en Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) selon laquelle "le non-lieu psychiatrique authentifie l'imputabilité du crime au malade" sans que l'on ait vérifié celle-ci dans un procès (Michel Bénézech, "Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques", *Journal Français de Psychiatrie*, op. cit., p. 24).

¹⁸¹ Dans les autres pays, l'hospitalisation de malades mentaux criminels ou délinquants est généralement du ressort des juridictions pénales ; en France, le pouvoir administratif reste le seul compétent en ce domaine, le contrôle des mesures administratives par le pouvoir judiciaire a lieu a posteriori.

¹⁸² Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique, Cours au collège de France 1973-1974, Gallimard Seuil, 2003, p. 268.*

Une telle distinction entre une psychiatrie pratiquant un diagnostic absolu et une médecine opérant un diagnostic différentiel, permet de comprendre le partage des compétences entre psychiatres et juges. En effet, la critique de la judiciarisation nous renvoie directement à l'épreuve psychiatrique, en tant que "double épreuve d'intronisation"¹⁸³ : celle d'un malade rendu irresponsable par sa pathologie, et celle d'un psychiatre comme médecin. Ne pas déconnecter la décision judiciaire de l'avis psychiatrique revient donc à valider une fonction d'expert requise par la science.

Des travaux de la Commission des Maladies Mentales, seuls les procès verbaux de 1968 à 1982 sont consultables ; les plus anciens ne sont pas accessibles car ils sont "amiantés"¹⁸⁴. Nous n'avons pu recueillir ses travaux antérieurs que grâce aux quelques procès verbaux de réunion reproduits dans la revue *L'information psychiatrique*¹⁸⁵.

En 1952, la Commission des Maladies Mentales du Conseil d'Hygiène sociale¹⁸⁶ entend les médecins Abély, Bonnafé, et Daumézon, qui motivent le refus de l'intervention préalable de la Justice dans les mesures d'internement par l'incompétence médicale des magistrats et la fonction de prévention du danger social de l'autorité administrative¹⁸⁷, pour le cas particulier des placements d'office. Le rôle de contrôle et d'intervention laissé à l'autorité judiciaire pour l'accomplissement et le prolongement de l'internement est alors considéré comme une solution préservant la compétence des psychiatres.

En 1966, Georges Daumézon, tel un Falret ou un Ballet, fonde la nécessité de la séparation entre justice et psychiatrie sur ce que Michel Foucault appelle le caractère absolu du diagnostic. Plus précisément, Daumézon pointe la distinction entre les rôles respectifs du psychologue, compétent en matière d'évaluation des difficultés d'adaptation, et du psychiatre qui "n'a rien d'autre à dire que "celui-là est un fou" ou au contraire "celui-là n'en est pas un"¹⁸⁸.

¹⁸³ Foucault, *ibid*, p. 270.

¹⁸⁴ Le personnel des archives nationales de Fontainebleau évalue à plusieurs mois voire plusieurs années le délai nécessaire au "désamiantage" des dossiers contaminés.

¹⁸⁵ Sur le répertoire des documents versés en 1976 par la Direction Générale de la Santé à la cité interministérielle, la mention "cotes annulées" nous indique que les documents établis entre 1947 et 1968 ne sont pas consultables ; *Répertoire de la Mission des archives nationales auprès du Ministère de la santé*.

¹⁸⁶ Le Conseil permanent d'Hygiène sociale fut créé par décret le 30 décembre 1942. Il comprend 250 membres (représentants des administrations et des caisses de sécurité sociale, comités nationaux ou syndicats intéressés).

¹⁸⁷ Pour les placements volontaires (anciens placements sur demande d'un tiers) ou d'office, les auteurs ajoutent : la publicité préjudiciable, l'allure de pénalité, le retard de la décision (les difficultés pratiques invoquées sont liées à un supplément de travail attribué au magistrat : "les 5000 entrées par an dans la Seine laissent imaginer la surcharge de temps", d'après la commission) Abély X., Bonnafé L., Daumézon G., "Des dispositions à inclure dans le Code Civil concernant les malades mentaux", Rapport présenté le 25 mars 1952 à la Commission des Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale, *L'information psychiatrique*, juin 1952, n°4, p. 152.

2. La persistance de la contre-indication judiciaire

La critique d'une judiciarisation des soins psychiatriques resurgit périodiquement dans le débat en France : deux actes du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux¹⁸⁹ attestent de la continuité de l'exigence d'une non-judiciarisation des mesures d'hospitalisation contrainte.

Ainsi, le 24 septembre 1974, alors qu'une commission du Ministère de la Justice élabore un projet de loi sur "les délinquants anormaux mentaux" visant à réformer l'article 64 du Code Pénal, le Conseil du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux rédige une déclaration dans les termes suivants :

"Le syndicat ne peut faire autrement que de proclamer le plus solennel avertissement à propos de projets qui vont à contre courant de l'évolution des conceptions et des méthodes de soins dans le champ de la psychiatrie. Tout d'abord, le terme même d'anormalité mentale fait référence à une conception caduque de l'aliénation ; il n'y a pas plus d'anormalité mentale qu'il n'y a d'anormalité cardiaque ou gastrique. Il y a seulement des malades qui méritent d'être pris en charge, c'est-à-dire soignés. Ensuite, il faut rappeler que le phénomène de délinquance est un phénomène second, qui n'est pas lié ontologiquement à l'état de santé mentale du délinquant. Il ne saurait donc être question de bâtir une conception des soins et des systèmes thérapeutiques à partir d'une conduite de délinquance. Enfin, il est un fait que les soins psychiatriques sont donnés dans des services de soins situés dans le cadre de l'hospitalisation publique ou privée et dans celui des institutions extra-hospitalières qui y sont annexées. Il ne saurait donc être question d'y modifier la qualité des rapports contractuels qui s'établissent entre les soignants et les soignés, en introduisant des considérations de restrictions des libertés des uns comme des autres. S'il existe un problème de délinquants anormaux mentaux, dont il est compréhensible qu'ils puissent avoir des difficultés à séjourner dans les services pénitentiaires courants, il appartient à l'administration pénitentiaire d'adapter ses propres services à sa propre clientèle. Le corps des psychiatres hospitaliers a eu la sagesse de se mêler le moins possible d'une polémique qui a trait à la conception de la justice et à la mission des services pénitentiaires, car il est persuadé que la confusion des rôles engendre des conflits aux conséquences imprévisibles".¹⁹⁰

¹⁸⁸ Georges Daumézon, *L'information psychiatrique*, n°9, novembre 1966, pp. 961-965. L'examen psychologique fait partie des mesures utiles que peuvent ordonner les juges, d'après l'article C 173 du Code de Procédure Pénale alors en vigueur : "relever les aspects de la personnalité du délinquant comme correspondant à la normale, déterminer les niveaux d'intelligence, d'habileté manuelle, d'attention, fournir toutes données utiles pour la compréhension des mobiles du délit et pour le traitement du délinquant".

¹⁸⁹ Les psychiatres de Hôpitaux sont alors regroupés à 90% dans leur Syndicat. Le Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques constitué en 1945, devenu Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux en 1972, regroupait alors la quasi-totalité des psychiatres publics dont la moitié était en analyse (Philippe Rappard, "La psychiatrie et l'Etat, à propos de "Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat", *L'Evolution psychiatrique*, volume 61, 1996, pp. 435-445).

¹⁹⁰ Jean Ayme, "L'article 122-1 du Code Pénal, ou comment ne fut pas résolu le paradoxe du four criminel", in Thierry Albernhe, *Criminologie et psychiatrie, Ellipses, 1997, in "Dangerosité et responsabilité pénale", op. cit., p. 28.*

Quelques années plus tard, le 7 octobre 1982, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux adopte à une écrasante majorité¹⁹¹ deux motions allant dans le même sens. La première dénonce la réforme de l'article 64 visant à créer un placement "judiciaire", dans l'avant-projet de réforme du Code Pénal¹⁹². La seconde motion de l'assemblée déplore l'absence de consultation du syndicat par la commission de réforme du Code Pénal et regrette que le contenu de l'avant projet face implicitement référence à "une conception figée des troubles mentaux niant leur caractère évolutif et dynamique"¹⁹³. Le caractère évolutif des troubles relève bien, pour le syndicat, de la stricte compétence médicale.

Cette position majoritaire s'oppose à l'avis des juristes. En témoigne la réaction au projet élaboré en 1955 par le Centre français de défense sociale¹⁹⁴, relatif aux "délinquants anormaux mentaux"¹⁹⁵, qui proposait un système mixte prévoyant une détention dite de 'défense sociale' à caractère "médico-répressif" prononcée par le juge à la place de la peine.

Les juristes, soutenant un tel projet, prônent en outre la judiciarisation de l'hospitalisation contrainte. Un manuel de droit pénal énonce ainsi en 1970 que :

"Les demi-fous ou délinquants anormaux mentaux relèvent autant de l'hôpital que de la prison [...] pour l'instant, ils ont une responsabilité atténuée : c'est une mauvaise solution et tout le monde souhaite un régime mixte médico-répressif combinant les peines et mesures de sûreté, établi à la fois dans le but de punir et celui de guérir, et auquel ils seraient soumis dans des établissements spéciaux qui tiendraient lieu à la fois d'hôpital et de prison" ¹⁹⁶.

Les auteurs du manuel consacrent un développement aux "états voisins de la démence" pour lesquels ils jugent opportun de créer un régime spécial à caractère médico-répressif :

¹⁹¹ La première motion est adoptée par 309 oui sur 327 votes exprimés et la seconde par 301 oui sur 304 votes ("Le point de vue du syndicat des Psychiatres des Hôpitaux", *L'information psychiatrique*, Volume 59, n°2, février 1983, p. 212).

¹⁹² Dans l'avant-projet, le placement du malade mental en milieu psychiatrique serait confié au juge d'instruction ou à la juridiction de jugement, procédure rompant avec la tradition de la loi de 1838 faisant du placement une décision administrative.

¹⁹³ "Le point de vue du syndicat des Psychiatres des Hôpitaux", *L'information psychiatrique*, Volume 59, n°2, février 1983, p. 212.

¹⁹⁴ En 1954, une commission nationale est créée pour mettre en forme un avant-projet de loi concernant les "délinquants anormaux mentaux" dans un contexte particulier : le mouvement de "la défense sociale nouvelle", qui tend à substituer à la notion classique de peine rétributive la notion de mesure de sûreté, naît dans les années 1950 en Italie (doctrine de Philippe Gramatica), en France (doctrine de Marc Ancel) et en Belgique. Pour Marc Ancel, il s'agit de développer le sens de la responsabilité "innée" de chaque homme, donc d'évaluer de manière approfondie la personnalité de l'individu délinquant par une rééducation adaptée. Les partisans de la défense sociale nouvelle préconisent des mesures de sûreté en cas d'état dangereux de l'aliéné, Docteur Maurice Jorda, "Les délinquants aliénés et anormaux mentaux", Thèse de doctorat de médecine, Editions Montchrétien, 1966.

¹⁹⁵ *Les délinquants anormaux mentaux*, Publication du Centre d'étude de défense sociale de l'Institut de Droit comparé, Université Paris VII, Editions Cujas, 1959.

¹⁹⁶ *Pierre Bouzat et Jean Pinatel, Traité de Droit pénal et de criminologie, op. cit., p. 331. Pierre Bouzat évoque le consensus des juristes sur la nécessité de judiciarisation des mesures d'internement (Ibid, p. 336).*

ils intègrent par exemple à ces états 'la folie morale' (désignant le délinquant par "tendance instinctive") ou l'ivresse volontaire¹⁹⁷.

Contre une judiciarisation du placement perçue majoritairement comme mettant à tort l'accent sur la notion de dangerosité sociale, plutôt que sur les aspects psycho-pathologiques du patient et leurs incidences thérapeutiques¹⁹⁸, quelques voix s'élèvent pourtant. Ainsi, dans les années 1950, le Docteur Ueberschlag, travaillant à l'hôpital de Lannemezan propose en effet d'étendre aux déments responsables partiellement les mesures de défense sociale proposées pour les "délinquants anormaux mentaux"¹⁹⁹. Philippe Rappard se prononce plus récemment lors du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française pour la judiciarisation de la mesure d'hospitalisation contrainte :

"En plus de la responsabilité professionnelle habituelle, repose sur le psychiatre la responsabilité d'annuler les potentiels de dangerosité des êtres humains ; or, s'il est possible de pressentir la dangerosité, on ne peut pas prévoir le passage à l'acte [...] l'article 64 s'est trouvé invalidant par suite d'une forclusion dans le droit pénal, et aboutissait paradoxalement à transformer la maladie en infraction continue. L'avant-projet de réforme du Code Pénal français (remis le 6 juillet 1976 au Garde des sceaux) en se libérant de l'article 64 du Code et en "judiciarisant" l'internement des malades mentaux délinquants ou criminel, constitue, quoiqu'en pensent certains, une progression. [...] Supprimer cet article permet à la défense sociale de s'instaurer et à la psychiatrie d'être libre... et il ne faut pas, sous prétexte que l'on se méfie des magistrats et de la justice populaire, contribuer au maintien des malades mentaux dans un statut d'irresponsabilité"²⁰⁰.

Philippe Rappard affirme ainsi une conception cohérente par rapport à l'exigence d'une réintégration du malade dans un droit pénal commun, explicitée plus haut (B-1). Mais la majorité défend une autre position selon laquelle "le maintien de l'ordre public n'est pas du ressort de la pratique psychiatrique"²⁰¹. Au sens retenu par Robert Castel, les psychiatres ne veulent pas être des "experts instituants"²⁰² au motif que le diagnostic psychiatrique produirait alors une confusion entre un jugement technique et une norme pénale correspondant à une option de valeur, un choix politique consacré juridiquement.

Il nous faut désormais réfléchir sur ce qui peut constituer une contradiction épistémologique pour la psychiatrie publique. Everett Hugues définit l'essence de l'idée de profession par la notion de licence. La licence, "au sens étroit d'autorisation légale et

¹⁹⁷ Ibid, pp. 337-339.

¹⁹⁸ Paul Hivert, "Vers un nouvel article 64 du Code Pénal ?", *Psychiatrie française*, op. cit., p. 24.

¹⁹⁹ Cf. *L'Information psychiatrique*, numéros de mars 1954 et de juin 1956.

²⁰⁰ Philippe Rappard, "Psychose, passage à l'acte et irresponsabilité pénale : prévention et liberté", *Extrait du compte-rendu du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXXXV^{ème} session, Limoges, 27 juin-2 juillet 1977*, p. 425 et p. 428.

²⁰¹ G. Pascalis, "Psychiatrie et liberté", *L'information psychiatrique*, vol 55, n°5, mai 1979, p. 477.

au sens plus large de liberté d'action concédée aux membres d'une profession par le public"²⁰³, a pour conséquence la revendication par les membres de la profession du droit exclusif de pratiquer. Nous avons vu que cette licence est née historiquement pour les psychiatres lorsque le judiciaire a libéré un espace d'expertise correspondant à une exception du droit pénal commun. Progressivement, la psychiatrie a développé une conception visant à soumettre le malade mental accusé à une procédure de droit pénal commun. Or c'est justement la non-application de celle-là qui avait fondé originellement leur espace d'intervention médicale. Il résulte de ces deux aspects une contradiction entre la professionnalisation de la psychiatrie définissant son indépendance par rapport aux instances judiciaires et le développement de ses contenus propres. L'épistémologie interne de la psychiatrie contredit ainsi son épistémologie externe.

La notion de mandat conçue par Hugues comme la propension de la profession à se considérer "comme l'instance la mieux placée pour fixer les termes selon lesquels il convient de penser un aspect particulier de la société, de la vie ou de la nature, et pour définir les grandes lignes, voire les détails, des politiques publiques qui s'y rapportent"²⁰⁴ prend en psychiatrie un contenu spécifique. En effet, l'exigence thérapeutique d'un jugement pénal pour le malade délinquant n'est pas conçue comme un avis dépassant la mission soignante du psychiatre mais bien comme un élément de la thérapeutique appliquée à un sujet, dans la mesure où le sujet de droit est requis pour libérer le malade de la naturalité de sa maladie.

Le discours sur les rapports entre droit et société est au cœur de l'épistémè psychiatrique de cette période, au sens où il est à la fois la condition et le principe organisateur d'une culture. La contradiction naît alors de l'effort visant à faire tenir ensemble un contenu axiologique en appelant au droit et la revendication de l'appartenance à une science se refusant toute participation à la détermination de politiques pénales. Une telle contradiction nous donne la mesure de la tonalité profondément juridique de la construction de la culture professionnelle des psychiatres de service public dans la seconde moitié du XX^e siècle. Nous verrons à l'occasion de l'étude des luttes syndicales sur le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques à quel point cette tension entre l'appartenance à la médecine et la dimension de "science humaine", est constitutive de l'identité de la psychiatrie de secteur en tant que segment professionnel.

²⁰² Robert Castel oppose la figure de l'expert mandaté qui se trouve dans une relation de service (de type technique) par rapport au juge pour une aide à la décision, à celle de l'expert instituant, dont l'aliéniste est l'incarnation dans la mesure où l'expert évaluateur et l'expert traitant sont confondus. L'expertise instituant exerce une sorte de magistère, certes fondé sur un savoir, mais qui produit des faits normatifs, des qualifications qui prennent un statut de Droit, et n'arbitre plus entre des options techniques ; Robert Castel, "Situation d'expertise et socialisation des savoirs", Table ronde organisée par le CRESAL, Saint Etienne, 14 et 15 mars 1985, Edition du CRESAL, 1985, 1^{ère} édition, pp. 83-92.

²⁰³ Everett Hughes, «Professions», *Daedalus*, 92, n°4, 1963, pp. 655-668, in Everett Hughes, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Textes rassemblées et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Editions de l'EHESS, Collection "Recherches d'histoire et de sciences sociales", 1996, p. 108.

²⁰⁴ Everett Hugues, «Professions», *op. cit.*, p. 109.

II. Le triomphe de la victime à la faveur de l'argument psychanalytique

L'exigence psychiatrique d'une modification de l'article 64 du Code Pénal est ancienne, comme nous venons de le voir. La réforme de l'article si controversé va avoir lieu en 1992, après de multiples projets. Plusieurs questions se posent alors : qui d'autre que les psychiatres est à l'origine d'une telle modification ? Que va changer en pratique le nouveau texte législatif ?

Sur le premier point, l'étude de la genèse de la réforme est de nature à valider l'hypothèse d'une collusion entre l'argument psychiatrique et la prise en compte politique, non du malade mental délinquant principalement, mais de sa victime.

Sur le second point, il s'agira, après avoir constaté le caractère très relatif de l'utilité des statistiques officielles en la matière, de montrer comment le nouvel article du Code Pénal, étudié dans un contexte juridique élargi, révèle un changement dans la détermination des peines prononcées à l'égard de personnes atteintes de troubles mentaux : l'existence de nouvelles modalités en terme de peine modifie en retour le débat sur la responsabilité pénale du malade mental. Dès lors, il ne s'agit plus de réfléchir sur l'alternative "soigner et punir", mais bien sur les possibilités concrètes du soin en prison ou de la détention en milieu hospitalier. Le bilan de ce nouveau modèle, établi par la profession psychiatrique elle-même, nous fournira enfin un matériau propre à la mise en valeur de la persistance de la contradiction épistémologique évoquée précédemment.

A- Une coïncidence au service d'un nouveau régime pénal

Le bilan officiel confirme l'analyse que nous produirons dans un premier temps sur les intentions réelles du législateur de 1992. Tout porte à croire que le Nouveau Code Pénal répond de manière "accidentelle" à des exigences psychiatriques formulées de longue date, qui rencontrent des préoccupations politiques centrées sur la prise en compte des victimes. Ainsi, la réforme s'annonce plus comme une collision qu'une collusion entre des conceptions différentes.

Il existe une cohérence à penser ensemble l'amont de la réforme pénale et l'aval de cette même réforme du Code Pénal. Après l'étude de l'évaluation des effets de la législation, on conclura à l'institution, moins des conditions de possibilité d'une atténuation de la peine prononcée à l'encontre d'un accusé dont le discernement est altéré, qu'à un nouveau régime pénal répondant à une double injonction : soigner et punir.

A-1- DE L'AVIS DES PSYCHIATRES À LA DÉFENSE DE LA VICTIME

Depuis l'après-guerre et jusque dans les années 1980, le Syndicat des médecins des Hôpitaux psychiatriques constitué en 1945²⁰⁵, qui deviendra le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux en 1972, rassemble la quasi-totalité des psychiatres de service public. Dans cette période, confirme Philippe Rappard, "les psychiatres-psychanalystes et philosophes marxistes se sont trouvés conviés à offrir un projet aux pouvoirs publics à travers la personne morale de leur syndicat"²⁰⁶. Mais dans le mouvement de despécification juridique des statuts respectifs du malade mental et du psychiatre, certaines modifications

légales résultent de manière déterminante de conditions externes aux revendications des psychiatres eux-mêmes. La montée de la figure de la victime et l'émergence d'un modèle médical contractuel s'avèreront effectivement plus déterminantes que la pression des psychiatres dans l'adoption de certains textes.

1. Genèse d'une réforme de la responsabilité pénale

Un retour sur les arguments mis en avant par la profession psychiatrique lors des projets de révision du Code Pénal nous semble utile car il s'agit de montrer en quoi la réforme finalement adoptée répond aux attentes formulées, d'une part parce qu'elle supprime l'échelle binaire de l'article 64, et d'autre part, parce qu'elle maintient la non judiciaire de l'hospitalisation contrainte. Mise en place en 1974, la commission de révision du Code Pénal dépose un projet sur le bureau du Sénat en 1986²⁰⁷. C'est seulement en 1992 qu'un nouveau texte est voté, qui s'énonce ainsi:

"N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime"²⁰⁸.

Nous avons identifié quatre sources permettant de cerner la position des psychiatres sur les propositions de réforme : les rapports Demay, Zambrowski et Peigné, les travaux de la Commission des maladies mentales et le Rapport de médecine légale du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de 1990²⁰⁹.

Le Rapport Demay exige que le fou soit sujet de droit ; il demande la suppression de

²⁰⁵ Le Syndicat des médecins des Hôpitaux psychiatriques est créé en 1945 ; il succède à l'Association Médicale dont le Comité démissionne et organise de nouvelles élections. L'association se transforme en syndicat. Le Bulletin du Syndicat, qui prend le nom d'«Information psychiatrique», prend la suite de "L'Aliéniste Français", et se veut "avant tout un organe de liaison entre tous les éléments actifs qui s'intéressent à l'assistance psychiatrique, à l'hygiène mentale, ou qui participent à la vie de toutes les organisations destinées à secourir les psychopathes", *L'Information Psychiatrique*, n°1, août 1945, pp. 6-7. Ce syndicat restera l'un des plus représentatifs de la profession jusque dans les années 1970. Il devient en 1972 le Syndicat des psychiatres des hôpitaux.

²⁰⁶ Philippe Rappard, "Psychose, passage à l'acte et irresponsabilité pénale : prévention et liberté", *Extrait du compte rendu du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, LXXXV^{ème} session, *op. cit.*, p. 438.

²⁰⁷ En 1974, est instituée une commission de révision du Code Pénal (commission Aydalot-Chavanon du nom de ses deux présidents successifs), désignée par le Garde des Sceaux, Jean Lecanuet. Le travail de cette commission est enterré par Alain Peyrefitte en 1979, qui y substitue la loi dite "Sécurité et Liberté" (*infra*). Le 22 octobre 1981 est mise en place la commission Badinter qui reprend de nombreuses dispositions du projet Avdalot-Chavanon. La commission interrompt ses travaux en 1986 à la demande du Garde des Sceaux. Le projet de Nouveau Code Pénal élaboré par la commission Badinter est finalement mis en lecture devant le Parlement en mai 1989.

²⁰⁸ Article 122-1 du Code Pénal, Editions Dalloz, 2003, p. 102.

la première partie de l'article 64 au motif qu'une telle réduction a du moins l'intérêt de rendre plus difficile "le déplacement du non-lieu pour l'acte au non-lieu pour l'être"²¹⁰. Le rapport Zambrowski²¹¹ opte quant à lui pour la modification de l'article 64 par l'introduction de la notion de non punissabilité et l'instauration d'une procédure de soins sous contrainte²¹². Le Professeur Bourguignon communique au groupe réuni par le Docteur Zambrowski un document constituant le fruit de la réflexion de la Commission des Maladies Mentales dont il est alors président. L'argumentaire commence ainsi :

"Les progrès de la psychopathologie, notamment sous l'influence des travaux de Freud, révélèrent... que les annuler (les crimes et délits des malades mentaux) revenait à nier l'humanité du malade et à la condamner à la mort psychique"²¹³.

Deux autres raisons supplémentaires commandent la refonte de l'article 64 : la restriction de la notion de démente et l'extrême rareté de l'application du fameux article 64. Les autres membres du groupe de travail "Zambrowski" défendent un point de vue similaire à celui du président de la Commission²¹⁴.

²⁰⁹ En ce qui concerne les comptes-rendus de la Commission des Maladies Mentales relatives à la modification en 1992 de l'article 64 du Code Pénal, la Direction Générale de la Santé n'a pas trace de ces documents.

²¹⁰ Lettre manuscrite du Docteur Bernard Doray, médecin au CHS d'Etampes, contribution à la discussion du 9 février 1982, Archives DGS.

²¹¹ Le Rapport de décembre 1986 intitulé "Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française", est élaboré par le Docteur Zambrowski à la demande de Michèle Barzach du 11 juillet 1986. Sept réunions auront lieu entre septembre et novembre 1986 avec un groupe de travail et des invités ponctuels. Les personnes qualifiées et les organisations professionnelles et syndicales consultées sont les suivantes : treize médecins (Pr Alby, Docteur Bles, Pr Bourguignon, président de la Commission des Maladies Mentales, Docteur Chanoit, Pr Deniker, Docteur Geier, secrétaire du Syndicat des Psychiatres Français, Docteur Giabicani, Pr Guyotat, Psychiatre hospitalo-universitaire, Docteur Marbrier, conseil CNAMTS, Docteur Quemada, Pr Rips, Docteur Reynaud, Pr Zarifian), un caDocteur infirmier de secteur, deux conseillers techniques du secrétaire d'état chargé des Droits de l'Homme, le Directeur DDASS, 7 personnes de la DGS, Bureau 3C Psychiatrie, deux personnes bureau 4C de la Direction des Hôpitaux. Les organisations professionnelles présentes sont le Syndicat National des Psychiatres des Hôpitaux, l'UNEPP (Union nationale des établissements psy privés), le SPEP (Syndicat national d'exercice public), la Fédération de la Croix Marine, le SNMSMM (Syndicat nationale des maisons de santé pour maladies nerveuses et mentales), le Comité d'action nationale des psychiatres de service public, l'Association des directeurs d'hôpitaux psychiatriques, l'UNAFAM, l'Union Syndicale de la Psychiatrie, la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif), ANMSMI (Association nationale des médecins de santé mentale infantile d'exercice privé salarié), la CGT, FO, le Syndicat des Psychiatres Français, la Fédération hospitalière de France, la CFDT, la CGC (Fédération nationale des syndicats des services de santé et des services sociaux), le Comité d'entente des formations infirmières en santé mentale, le SNPP (privés).

²¹² Le représentant de l'UNAFAM à la Commission des Maladies Mentales approuve la position de nombreux psychiatres : l'article 64 revient à priver "à tout jamais un être humain de son existence sociale" ; Document de M. Gasser, représentant de l'UNAFAM, en vue de la séance de la Commission des Maladies Mentales du 27 juin 1988 sur le statut du malade mental, p. 3. (Archives DGS).

²¹³ **Professeur Bourguignon, Communication du 2 octobre 1986 (Archives DGS).**

²¹⁴ Ainsi, le Professeur Guyotat, psychiatre hospitalo-universitaire, le Docteur Reynaud, psychiatre de secteur, et Monsieur Gasser, président de l'UNAFAM partagent la position du Professeur Bourguignon sur la mort psychique que provoquerait l'article 64.

Pour contrer les risques de l'alternative "article 64 ou procès"²¹⁵, le Docteur Zambrowski propose le principe d'une responsabilité partielle. Concernant les soins aux accusés, il préconise une modification du Code de Procédure pénale en faveur de soins prodigués avant même le déroulement de la procédure. Le Rapport Zambrowski, dans sa version définitive de décembre 1986, intitulé "Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française", reprendra très exactement la conception développée par les psychiatres du groupe de travail : puisque les "progrès de la psychopathologie ont révélé que les crimes et délits n'étaient pas sans signification pour le patient"²¹⁶, il faudra distinguer la matérialité des faits de la notion de punissabilité. La rédaction proposée en annexe du Rapport est sensiblement la même que celle du nouvel article 122-1 adopté en 1992²¹⁷. En 1989, le Rapport rédigé "Quels lieux pour la psychiatrie aujourd'hui ?" par le Docteur Francis Peigné, chargé de mission par le Ministre Claude Evin, renvoie aux travaux de la Commission des Maladies Mentales pour la réforme de l'article 64 du Code Pénal²¹⁸. Enfin, au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de 1990, on se réjouit du projet de réforme de l'article 64 ("la suppression de l'article 64 et la punissabilité pour tous sera l'acte le plus thérapeutique depuis deux siècles")²¹⁹.

Du côté syndical, la notion de punissabilité suscite le même consensus. Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux interviendra à trois reprises, en 1974, 1982 et 1990. Jean Ayme²²⁰ restitue les points d'accord et de désaccord de la discussion²²¹ :

- les pénalistes s'accordent pour abandonner la formule "délinquants anormaux mentaux" au profit de "troubles psychiques ou neuro-psychiques", référence proposée par Jean Ayme,
- la reconnaissance que le sujet n'est pas "punissable" est consensuelle,
- la judiciarisation du placement rencontre l'opposition quasi unanime de la profession,
- la nécessité d'un jugement fait l'objet de vives discussions (le temps du procès

²¹⁵ Réunion du 2 octobre 1986, p. 4 (Archives DGS).

²¹⁶ Rapport du Docteur Zambrowski, p. 22.

²¹⁷ Annexe III du Rapport Zambrowski, p. 151.

²¹⁸ Docteur Francis Peigné, chargé de mission par le Ministre Claude Evin, "Quels lieux pour la psychiatrie aujourd'hui ?", mai 1989, p. 39.

²¹⁹ Intervention de Jean-Luc Roelandt, in Philippe Rappard et Monique Bucher-Thizon, *La raison psychiatrique et la raison juridique, op. cit.*, p. 442.

²²⁰ Jean Ayme est Secrétaire général puis Président du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques de 1961 à 1988 (devenu Syndicat des psychiatres des hôpitaux en 1972).

²²¹ Jean Ayme, "L'article 122-1 du Code Pénal, ou comment ne fut pas résolu le paradoxe du fou criminel ?", *Criminologie et psychiatrie, op. cit.*, p. 32.

distingue la punissabilité et l'irresponsabilité.

Ce dernier point nous indique que si la nécessité d'une déclaration publique de responsabilité est exigée par tous, la punissabilité fait l'objet de controverses à l'intérieur de la profession. En revanche, ceux qui ont compté dans la formulation du futur article 122-1 s'accordent sur l'idée de punissabilité partielle.

Le second objet d'un consensus est le maintien du caractère administratif de l'internement. Ainsi, en 1984, l'avant projet de réforme du Code Pénal imagine un nouvel article 31 instaurant le placement judiciaire des malades criminels, sans que la décision de placement ne requière un avis médical. Le Secrétaire à la Santé propose au Garde des Sceaux d'inclure dans la loi la nécessité d'un avis médical, mais rejette la solution du placement judiciaire en raison du retard occasionné dans les soins en cas de procès contradictoire, et de la complication induite par la création d'un nouveau régime de placement s'ajoutant à ceux prévus par la loi de 1838.

En outre, le Professeur Bourguignon redoute "qu'elle ne soit pas compatible avec les principes fondamentaux de notre droit"²²². Le Rapport Zambrowski pointe également le rejet commun des Ministères de l'Intérieur, de la Santé et de la Commission des Maladies Mentales au projet du Ministère de la Justice de 1984 prévoyant un placement judiciaire pour les malades mentaux délinquants²²³.

Le projet est soumis aux parlementaires en 1989 mais les quatre livres n'entreront en application qu'en mars 1994²²⁴. L'article 122-1 du Nouveau Code Pénal, qui remplace en 1992 l'ancien article 64, retient toujours dans son premier alinéa un motif d'irresponsabilité en reformulant la notion de démence, mais introduit dans un second alinéa la notion de "punissabilité", compatible avec la possibilité d'une altération du discernement ou l'entrave au contrôle des actes incriminés. La punissabilité du malade mental est légalisée. Schématiquement, cela signifie que :

- soit le juge considère que c'est une contrainte intérieure qui a aboli le discernement ou le contrôle des actes (alinéa 1), et le non-lieu est prononcé. Le jugement n'a pas lieu et le dossier est transmis au préfet qui seul prend ou non la décision d'hospitalisation d'office. Le préfet prend sa décision en fonction de l'état actuel du patient. Deux cas de figure se présentent alors : l'internement a lieu dans le cadre de l'article 348 du Code de Santé Publique et il faudra nommer deux experts pour la sortie du patient ; l'individu est libre ;

²²² Le Professeur Bourguignon juge la procédure Canadienne de placement judiciaire du malade criminel "particulièrement respectueuse des Droits et de la dignité du malade". Au Canada, une commission composée de magistrats, avocats, travailleurs sociaux et psychiatres reçoit la requête du médecin traitant dès qu'il estime que son malade est en état d'assister au procès. Après audition du médecin et du patient, la commission décide ou non de l'ouverture du procès. Communication du 2 octobre 1986, Groupe de travail Zambrowski, p. 3 (Archives DGS).

²²³ *Ibid*, p. 23.

²²⁴ Les lois n°92-683, n°92-684, n°92-685, n°92-686 du 22 juillet 1992 entreront en application en mars 1994.

soit l'absence de contrainte est retenue mais une altération du discernement est considérée comme ayant entravé le contrôle des actes incriminés : la personne est "punissable". Le jugement a lieu. Deux cas de figure sont alors possibles : l'acquittement ou la condamnation à une peine. Dans le second cas, les soins sont envisageables dans le cadre d'une hospitalisation d'office (article D. 398 du Code de Procédure pénale) ou en milieu pénitentiaire.

Deux nouveautés marquent le nouvel article : la suppression de l'annulation de l'acte d'où la possibilité d'indemniser les victimes, l'introduction d'une responsabilité en dépit d'une altération du discernement.

2. La prise en compte de la victime

Des centaines d'écrits de psychiatres ont critiqué l'article 64 du Code de 1810 jusqu'en 1992 ; aucun n'avait débouché sur une réforme. L'évolution des représentations collectives quant à la prise en compte des victimes est mise en avant par les parlementaires pour réformer le Code Pénal. L'exigence de restauration de la dimension symbolique du processus judiciaire aurait donc répondu à deux revendications, dont la première, ancienne, émane du monde psychiatrique – la réintégration d'un sujet malade à un droit commun ; la seconde émerge sous la forme de la "médiatisation de la vengeance"²²⁵ de la victime par le recours à l'Etat comme tiers. Des deux, puisque la première est ancienne, la seconde fut déterminante pour que le droit changeât.

Les nouveaux articles 489 et 489-1 du Code Civil institués par la loi du 3 janvier 1968 permettent l'annulation des actes passés sous l'empire d'un trouble mental mais l'article 489-2 maintient l'obligation de réparation en cas de dommage à autrui²²⁶ ; ils légalisent ainsi les décisions de jurisprudence antérieures²²⁷. L'obligation civile du malade mental de réparer les dommages causés à autrui devra donc coexister dans les textes avec l'irresponsabilité pénale définie à l'article 64 du Code Pénal jusqu'en 1992. Le Nouveau Code Pénal du 22 juillet 1992 permet en effet l'application de l'article 489-2 du Code Civil sur la responsabilité civile du malade mental, issu de la loi du 3 janvier 1968, d'après lequel "celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental, n'en est pas moins obligé à réparation". Cet article rapatrie le malade mental dans le droit commun défini à l'article 1382 du Code Civil d'après lequel "tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer"²²⁸. Toutefois, il convient de préciser ici que le droit civil, par définition, établit une obligation de réparation en dépit de l'intentionnalité de l'auteur de l'acte causant un dommage à autrui. Le sujet de droit n'est pas requis principalement par l'article 1382 du Code Civil, malgré le terme de "faute" utilisé par le texte. Il n'est donc pas étonnant que la

²²⁵ Daniel Zagury, "Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ?", *Journal Français de Psychiatrie Française*, op. cit., p. 17.

²²⁶ Article 489-2 du Code Civil : "celui qui a causé un dommage à autrui, alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental, n'en est pas moins obligé à réparation".

²²⁷ Cf. "La condition juridique des malades mentaux", *Gazette du Palais*, Doctrine, 5 juillet 1968, p. 16.

critique psychiatrique de l'aspect civil du statut du malade mental se soit plus porté vers la capacité juridique à gérer ses biens qu'à l'endroit de la responsabilité sans faute.

Si l'on suppose que l'adoption de l'article 122-1 du Code Pénal est moins due à une pression des psychiatres qu'à la conjonction de ferments sociaux au nombre desquels il faut compter la montée en puissance de la figure de la victime²²⁹, il faut dès lors s'interroger sur les signes d'une telle prise en compte. L'un d'entre eux réside dans l'augmentation du nombre de dossiers soumis et traités par la commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI). Ainsi, le nombre de demandes déposées auprès des CIVI en vue d'une indemnisation augmente de 24% (de 12340 à 15310) entre 1998 et 2002 alors que le nombre de condamnations baisse dans le même temps de 14,9% (de 561452 à 477935)²³⁰.

D'autres éléments, réglementaires et jurisprudentiels sont de nature à conforter les motifs réels de l'adoption du nouvel article. Certains juristes avaient dénoncé une absurdité liée à l'article 64 : en effet, on demandait à l'expert psychiatre d'intervenir au cours de l'instruction pour caractériser l'état mental de l'accusé au moment des faits dont on n'avait pas encore établi s'ils étaient ou non imputables à l'accusé²³¹. Une jurisprudence de 1999 affirme que la réponse affirmative aux questions sur la culpabilité suffit à établir que l'accusé n'était pas atteint d'un trouble ayant aboli son discernement²³². La réforme de la procédure criminelle issue de la loi du 15 juin 2000 invalide cette décision. Le nouvel article 349-1 du Code de Procédure pénale impose en effet une question spéciale dans le cadre de l'article 122-1 (1er alinéa), sous la forme suivante :

"L'accusé a-t-il commis tel fait ? L'accusé bénéficie-t-il pour ce fait de la cause d'irresponsabilité pénale prévue par l'article 122-1 du Code Pénal selon lequel... ?"²³³.

On pourrait croire que la première question a été pensée pour restituer à l'accusé malade mental l'imputabilité de ses actes mais la circulaire du Ministère de la Justice du 11 décembre 2000, présentant les dispositions de la loi renforçant la protection de la

²²⁸ Philippe Rappard voit dans cette disposition la création de la catégorie des "anormaux responsables [...] qui vient compléter celle des anormaux irresponsables et celles des normaux responsables" (Philippe Rappard, "Le crime n'est plus annulé", *Psychiatrie Française*, *op. cit.*, p. 67).

²²⁹ Le nouvel article 199-1 du Code de Procédure Pénale témoigne d'une consécration juridique des Droits des victimes puisqu'il oblige à une audience publique, en présence de la victimes ou de ses représentants devant la chambre d'accusation en cas d'appel de l'ordonnance de non-lieu fondée sur l'article 122-1.

²³⁰ *Les chiffres clés de la justice*, Ministère de la justice, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, 1999, p. 27 ; *Les chiffres clés de la justice*, Ministère de la justice, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, 2003, p. 36.

²³¹ Marcel Lemonde, magistrat, "L'article 64 est-il incurable ?", *Revue de science criminelle*, 3, juillet-septembre 2002, p. 522.

²³² Cour cass., Crim. 20 octobre 1999, B., n°228.

²³³ *Code de Procédure Pénale, Litec, Edition 2002, p. 318.*

présomption d'innocence et les droits des détenus concernant la procédure criminelle, laisse plutôt à penser que l'objectif premier est de prendre en compte la douleur des parties civiles au procès :

"la reconnaissance de la commission des faits, qui s'impose pour l'appréciation de la responsabilité civile de l'intéressé est de nature à atténuer la douleur des parties civiles et peut également contribuer à une plus grande efficacité du traitement médical" ²³⁴ .

La distinction entre la culpabilité au sens d'une commission des faits incriminés et la responsabilité pénale est ainsi consacrée pour prendre en compte les droits des victimes à deux niveaux : par la reconnaissance des faits lors du procès, et par l'indemnisation civile des dommages.

On peut conclure concernant l'article 122-1, qu'il a été adopté plus sûrement en raison de la montée en puissance de la victime, que du combat ancien des psychiatres pour l'intégration du malade mental à droit pénal commun. En effet, le gouvernement ou le Parlement, ont longtemps refusé d'envisager une comparution précédant la déclaration d'irresponsabilité pénale comme le souhaitaient un certain nombre de psychiatres.

D'autres textes et jurisprudences déterminant l'environnement normatif de la psychiatrie valident l'hypothèse d'une transformation qualitative du régime pénal du malade mental délinquant. Ainsi, nous ne résistons pas à l'évocation de la grossière erreur des rédacteurs du rapport sur "L'organisation des soins aux détenus" de 2001²³⁵, lorsqu'ils ont attribué la modification de l'article 122-1 du Code Pénal à la loi du 27 juin 1990 :

"L'ancien article 64 du Code Pénal affirmait : " il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ". Lorsque, après expertise, cet article lui était appliqué, le prévenu bénéficiait d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement et était généralement hospitalisé d'office.

Dans le but de reconnaître la souffrance de la victime et de responsabiliser l'auteur de l'acte et de prendre en compte les progrès accomplis dans la connaissance des maladies mentales, la loi n°90-527 du 27 juin 1990 a substitué à ce texte un nouvel article (codifié à l'article 122-1 en 1994 par le Nouveau Code Pénal) comprenant les deux alinéas suivants :

"N'est pas pénalement responsable, la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli ... " ²³⁶ .

Sans présumer de l'origine d'une telle confusion, il convient d'admettre que les auteurs du

²³⁴ *Circulaire CRIM-00-14/F1, Ministère de la Justice, in Dangersité et responsabilité pénale, Direction Générale de la Police Nationale, ENSOP, 2002, p. 145.*

²³⁵ "L'organisation des soins aux détenus", Rapport d'évaluation, M.Fatome, membre de l'IGAS, M.Vernerey, Inspecteur Général IGAS, Madame le Docteur Lalande, membre de l'IGAS, Mme Froment, Inspectrice des services judiciaires, Madame Valdes-Boulouque, Inspectrice des services judiciaires, Juin 2001.

²³⁶ *"L'organisation des soins aux détenus", Rapport d'évaluation, op. cit., p. 84.*

rapport associent, certes deux textes à tort, mais ils le font sur la base de leur esprit commun ("dans le but de faire reconnaître la souffrance de la victime et de responsabiliser l'auteur de l'acte...")²³⁷. Ce lapsus nous paraît révélateur d'une "ambiance" générale centrée sur la figure de la victime, non d'un trouble mental, mais d'un malade mental.

A-2- LA DÉTERMINATION DES PEINES : DE LA QUANTITÉ À LA QUALITÉ

Nous devons nous interroger sur le sens des "circonstances atténuantes" issues soit de la circulaire Chaumié soit du Nouveau Code Pénal. La réponse à une telle interrogation doit trouver confirmation dans des données objectives. Nous verrons ici qu'il y a bien un glissement du sens de la circonstance atténuante entre la circulaire Chaumié et les textes visant l'application du Nouveau Code Pénal. Il nous faudra en revanche rester humbles quant aux possibilités de mesurer les effets quantitatifs de l'article 122-1 du Nouveau Code Pénal, faute de disposer de statistiques comparables et fiables.

1. D'une peine modérée à une peine modulée

En pratique, l'entrave au contrôle des actes prévu à l'alinéa 2 du nouvel article du Code Pénal n'intervient pas finalement à titre de circonstances atténuantes en matière criminelle, si l'on considère une jurisprudence de la Cour d'assise de 1995 indiquant que :

"les dispositions de l'article 122-1, alinéa 2 du Code Pénal, ne prévoyant pas une cause légale de diminution de la peine, le président de la cour d'assises n'a pas à poser de question à la cour et au jury sur le trouble psychique ou neuro-psychique ayant pu altérer le discernement de l'accusé ou entraver le contrôle de ses actes"²³⁸ .

Cette décision confirme que l'altération du discernement du second alinéa de l'article 122-1 n'est pas interprétée comme une cause légale de diminution de la peine. Elle consacre donc une rupture avec les intentions de la circulaire du Gardé des sceaux du 12 décembre 1905, connue sous le nom de circulaire Chaumié, constituant seulement en

²³⁷ Un épisode lors des débats parlementaires préalables à l'adoption de la loi de 1990 mérite également notre attention parce, s'il entre en apparence en contradiction avec les positions de nombre de députés, il entre pourtant en cohérence avec la défense généralisée des victimes (soit les malades victimes d'internements abusifs d'une part, soit la société menacée par des criminels malades mentaux dans le cas qui va suivre). Ainsi, les députés Colcombet, Michel et Le Cacheux, craignant que la France ne connaisse des dérives similaires à ce cas d'un "japonais anthropophage" revenu dans son pays, et qui, écrivain, incitait un tueur de petites filles à aller plus loin dans son engagement, proposent une "mesure de sûreté" dans un amendement autorisant les magistrats à interdire pour 5 ans la présence d'une personne criminelle ayant bénéficié de l'article 64 du Code Pénal de l'époque, dans un lieu où il pourrait troubler l'ordre public (amendement n°136, p. 1370). Cette "interdiction de séjour" est vivement contestée par Claude Evin, Christine Boutin et Gilbert Millet car elle représente une sanction pénale qui justement a été jugée inopportune au profit d'un soin puis d'un retour à la vie sociale. Christine Boutin s'insurge car on ne "peut assimiler un malade mental à un condamné", Gilbert Millet taxe cet amendement de sécuritaire (p. 1371). JO, Débats Parlementaires, Assemblée nationale, 43ème séance, Compte-rendu intégral, 2^{ème} séance, 16 mai 1990, discussion du projet de loi n°1291 adopté par le Sénat.

²³⁸ ***D'après cette jurisprudence, toute cause légale de diminution de la peine doit faire l'objet d'une question posée à la cour et au jury, Cass. Crim. R. 5 septembre 1995, Code Pénal, Edition 2003, p. 102.***

apparence une sorte d'ancêtre du second alinéa de l'article 122-1 du Code Pénal. La circulaire Chaumié indique en effet que :

"à côté des aliénés proprement dit, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier à leur égard une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi".

Le Recueil Pénal Dalloz retrace la jurisprudence adoptée en application de l'article 64 de l'ancien Code Pénal, compte tenu de la circulaire Chaumié :

"En vertu de celle-ci, l'anormal mental était déclaré responsable, mais il bénéficiait de circonstances atténuantes et était condamné à une peine de moindre importance que celle qui aurait dû être appliquée s'il avait joui de ses facultés mentales" ²³⁹.

Le trouble psychique n'a par conséquent pas d'incidence sur la responsabilité de l'agent mais pourra avoir des répercussions sur le choix de la peine. On peut donc conclure que l'application de la circulaire Chaumié incitait à la diminution de la peine, alors que l'article 122-1 alinéa 2 concerne les modalités de la peine, elles-mêmes tributaires de dispositions légales récentes²⁴⁰ (comme l'injonction de soins), et du développement des soins psychiatriques en prison²⁴¹. Du coup, la restriction du recours à l'article 122-1 alinéa 1er du Code Pénal²⁴² peut s'expliquer par l'introduction, du fait de l'injonction thérapeutique, d'un nouveau paradigme en France : à l'alternative "réprimer ou soigner", on substitue la conjugaison "réprimer et soigner"²⁴³.

Le nouveau texte du Code Pénal ne semble pas remis en cause pour lui-même mais au regard de son contexte d'application. Le débat en psychiatrie semble bien s'être déplacé en l'espace de quelques années, si l'on compare deux numéros de la revue Psychiatrie Française. En effet, dans le numéro de mars 1994, il est question de signaler que "l'absence de procès met une deuxième fois hors la loi l'homme qui s'est, une

²³⁹ *Evelyne Bonis-Garçon, "Troubles psychiques, maladies mentales", op. cit., p. 15. Nous soulignons l'expression "peine de moindre importance" afin de clarifier la démonstration qui suit.*

²⁴⁰ La loi du 1^{er} février 1994 oblige à une expertise psychiatrique dès lors que le Juge de l'Application des peines envisage une mesure d'individualisation entraînant la libération conditionnelle ou la sortie temporaire de prison d'un auteur d'infractions sexuelles ; La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs rend possible dans le suivi socio-judiciaire une injonction de soins si la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement d'après une expertise médicale ; les articles 763-3 et 763-4 du Code Pénal élargissent le champ d'application de l'injonction de soins (par rapport aux cas des infractions sexuelles) décidée par le Juge d'Application des Peines après expertise médicale à tout moment du suivi socio-judiciaire.

²⁴¹ A propos de l'injonction de soins, la loi du 1^{er} février 1994, qui institue par exemple une peine incompressible en modifiant l'article 718 du Code de procédure pénale pour les délinquants et criminels sexuels, assortit l'obligation d'exécution de la peine dans des établissements pénitentiaires permettant un suivi médical et psychologique. Cette loi permet que soit prononcée une peine plus sévère pour les auteurs d'assassinats ou de meurtres d'enfants précédés ou accompagnés de viol, tortures ou actes de barbarie. La loi du 17 juin 1998 sur la répression des infractions sexuelles parachève cette évolution.

²⁴² Il est inférieur à 0,5% dans les affaires clôturées à l'instruction.

première fois, mis hors la loi par son crime"²⁴⁴, de s'essayer à une phénoménologie du procès²⁴⁵ ou de se réjouir que le crime ne soit plus annulé par le Code Pénal²⁴⁶. En 2001, un numéro entier de la revue *Psychiatrie française* est consacré à la question de la responsabilité du psychiatre suite à deux journées d'études. Le Président du Syndicat des Psychiatres Français, Simon-Daniel Kipman, justifie l'intérêt de ces journées par la défense nécessaire du travail du psychiatre face à une judiciarisation croissante entraînant une "réification de la médecine"²⁴⁷. Nous pouvions nous attendre à ce que ce numéro soit consacré à la pratique de l'expertise judiciaire : tel n'est point le cas puisque les articles abordent la responsabilité du psychiatre, non dans l'appareil judiciaire mais dans la relation patient-médecin en général. Par exemple, Bernard Lachaux²⁴⁸ s'interroge sur le déplacement du couple faute/ culpabilité en médecine au binôme possible/impossible, inaugurant ainsi le passage de la faute aux risques²⁴⁹. Un même mouvement semble marquer la question de la responsabilité pénale du malade mental : à l'interrogation "doit-on le punir ?" se substituent les interrogations "peut-on le soigner en prison ? A quelles conditions ?".

2. L'évolution des non-lieux psychiatriques : la bataille des chiffres

La circulaire d'application du Code Pénal du 14 mai 1993 affirme que l'article 122-1 du Code "n'apporte aucune modification au droit positif [...] Cette disposition ne fait que consacrer, dans des termes qui tiennent compte des connaissances actuelles de la science et qui exposent clairement les conséquences juridiques de l'aliénation, l'interprétation que la jurisprudence fait aujourd'hui du premier alinéa de l'article 64"²⁵⁰. D'après cette circulaire, si l'autorité judiciaire estime que l'état actuel de la personne ayant

²⁴³ L'expression est de Daniel Zagury ("Les psychiatres d'exercice public et l'expertise", *L'information psychiatrique*, n°5, mai 2001, p. 462). L'injonction thérapeutique est récente : la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs insère, après l'article 131-36 du Code Pénal, une sous-section 6 comprenant un article 131-36-4 instituant l'injonction de soin dans le cadre du suivi judiciaire. L'injonction de soins est prononcée par la juridiction de jugement si l'expertise médicale indique que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement "en cas de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie".

²⁴⁴ Irène François, Patrice Guillet, André Marin, "Le psychiatre et la loi", *Psychiatrie française*, *op. cit.*, p. 57.

²⁴⁵ Claude Cherki-Nicklès, "D'une scène à l'autre : phénoménologie du procès", *Psychiatrie Française*, n°1, 1994, p. 8.

²⁴⁶ Philippe Rappard, "Le crime n'est plus annulé", *Psychiatrie française*, *op. cit.*, p. 61

²⁴⁷ Simon-Daniel Kipman, Présentation, "responsable mais pas coupable", *Psychiatrie Française*, n°1, mars 2001 p. 2.

²⁴⁸ Psychiatre des Hôpitaux, chef de service dans l'Etablissement Public de santé Paul Guiraud, à Villejuif (94).

²⁴⁹ Nous renverrons ici au célèbre arrêt Perruche, au renversement de la charge de la preuve en matière d'information du patient ainsi qu'à la récente légalisation de l'indemnisation de "l'aléa thérapeutique". La loi du 4 mars 2002 et les débats parlementaires qui l'ont précédé sont largement marqués par le thème du "patient victime".

bénéficié d'un non-lieu en application de l'article 122-1, pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elle doit aviser immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile.

En 1976, alors qu'un avant projet de réforme du Code Pénal est en discussion, Georges Daumézon appelle le monde psychiatrique à une prise de conscience : l'internement judiciaire aurait irrémédiablement pour conséquence la création d'établissements destinés à punir et traiter des criminels sous l'autorité de l'institution publique qui a en charge la répression. Plus généralement, il pointe le risque que le caractère insensé ne devienne une circonstance aggravante pour l'évaluation de la peine²⁵¹. Cette hypothèse selon laquelle l'indication de l'article 122-1 alinéa 2 faite à l'expert de cerner non une abolition mais une altération du discernement "revient de facto à aggraver la peine plutôt qu'à l'atténuer"²⁵² doit être éprouvée.

Pour ce faire, il convient dans un premier temps de chercher à savoir si, depuis la réforme du Code Pénal, les non-lieux pour motif psychiatriques ont augmenté. Nous avons donc recouru à plusieurs sources statistiques mais très rapidement, celles-ci se sont avérées contradictoires, sinon inexploitable, pour de multiples raisons. En effet, si en valeur absolue, le nombre des non-lieux psychiatriques ne semble pas poser de problème, il demeure beaucoup moins évident de tomber d'accord sur l'évolution de sa part relative dans le nombre total des non-lieux ou des affaires. Ainsi, le nombre de non-lieux psychiatriques baisse entre 1993 et 1998 (de 370 à 190) et augmente jusqu'en 2000 (il atteint alors le nombre de 287)²⁵³. Michel Bénézech en 1989 fait état du passage de 968 cas d'irresponsabilité pénale en application de l'article 64 du Code Pénal en 1984 à 488 en 1987²⁵⁴. Le Nouveau Code Pénal ne semble donc pas imprimer à l'évolution du nombre de non-lieux psychiatriques une tendance marquante.

Quant à la part relative des non-lieux, le Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires de France du 28 juin 2000 conclue à la raréfaction des affaires clôturées à l'instruction par des non-lieux psychiatriques : entre 1990 et 1997, les non-lieux "article 64" ou "article 122-1" passeraient de 0,51% du total des affaires clôturées à 0,17% en 1997²⁵⁵ mais les statistiques judiciaires en la matière n'existent que depuis 1989, ce qui empêche de

²⁵⁰ Circulaire du 14 mai 1993, in Code Pénal Dalloz, 1995-1996 p. 236.

²⁵¹ Georges Daumézon, texte destiné à un article du monde, non publié, 2 août 1976, pp. 2-3.

²⁵² Georges Lantéri-Laura, "Pathologie mentale et Droit pénal : un regard rétrospectif", *Journal français de psychiatrie*, *op. cit.*, p. 31

²⁵³ *Annuaire statistique de la Justice 2002*, 1996-2000, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement, sous-direction de la Statistique, des Etudes et de la documentation, p. 111 ; *Annuaire statistique de la Justice 1999*, 1993-1997, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement, sous-direction de la Statistique, des Etudes et de la documentation, p. 97.

²⁵⁴ Michel Bénézech, "Des actuels mésusages de l'article 64 du Code Pénal sur la démence au temps de l'action", *Annales Médico-psychologiques*, 1989, volume 147, n°7, pp. 738-741.

déduire strictement la raréfaction des non-lieux psychiatriques de l'application du nouvel article 122-1, d'autant que cette tendance avait déjà été constatée auparavant. Une autre donnée vient brouiller les pistes : d'après l'annuaire statistique de la justice, les non-lieux psychiatriques représentent 4,4% des non-lieux globaux en 1996 et 3,99% en 2000²⁵⁶.

En outre, la lecture de deux rapports, celui de la commission d'enquête du Sénat présidé par Jean-Jacques Hyest, avec pour rapporteur Guy Pierre Cabanel, et celui de l'Assemblée Nationale présidé par Louis Mermaz, avec Jacques Floch comme rapporteur (commission d'enquête sur la situation des prisons françaises), cités dans un numéro de la Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal de janvier-février 2002²⁵⁷, qui en reproduit les données de 1987 à 1997, suscite plusieurs commentaires de nature à relativiser l'enregistrement d'une raréfaction relative des non-lieux psychiatriques.

Ainsi, le tableau du pourcentage des accusés déclarés irresponsables sur le nombre d'inculpés mis en examen ne permet ni de conclure à une diminution constante, ni à un impact particulier du nouvel article du Code Pénal : en effet, ce pourcentage est sensiblement le même en 1988, en 1991 et en 1994 autour de 0,5% et il en est de même en 1987 et en 1995 autour de 0,45%. Par ailleurs, la périodisation (1987-1997) ne nous renseigne pas sur une évolution plus ancienne. Globalement, ce qui demeure gênant, c'est que ces chiffres sont difficiles à comparer : ils n'emploient pas les mêmes périodisations d'une part, et ils désignent tantôt le nombre en valeur absolue des non-lieux psychiatriques, tantôt leur part relative dans le total des non-lieux ou dans le nombre d'affaires clôturées à l'instruction.

En outre, les études sur la population soignée par les équipes des Services Médico-psychologiques Régionaux²⁵⁸, qui font notamment état d'une augmentation du pourcentage de la population psychotique²⁵⁹ entre 1994 et 1999 devrait nous inviter à conclure à une "logique de vases communicants" entre la prison et l'hôpital²⁶⁰ mais là encore, cette conclusion ne nous aiderait pas précisément à mesurer l'éventuel effet de

²⁵⁵ Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires de France, 28 juin 2000.

²⁵⁶ *Annuaire statistique de la Justice 2002, op. cit.*, p. 111.

²⁵⁷ Jean-Louis Senon, Nicolas Lafay, Nathalie Papet et Cyril Manzanera, "Psychose et prison : un équilibre impossible entre sanitaire et judiciaire", *Revue Pénitentiaire et de Droit pénal*, n°4, décembre 2000, www.pinel.qc.ca/psychiatrie-violence.

²⁵⁸ Les équipes des Services Médico-psychologiques Régionaux dispensent des soins psychiatriques dans les centrales ou maisons d'arrêt, auprès des détenus souffrant de problèmes psychologiques. Les SMPR ont été institués par le décret du 14 décembre 1986. Il y en a 26 en France pour 187 établissements pénitentiaires.

²⁵⁹ A titre d'exemple, l'étude de Frédérique Brignoli-Simon sur la population du SMPR de Marseille fait état d'une augmentation de 20,7% de psychotiques chroniques incarcérés en 1994 à 37,2% en 1999, Frédérique Brignoli-Simon, "Article 122-1 : état des lieux", Prix de la communication, 97^{ème} Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française, Fort de France, Masson.

²⁶⁰ Le nombre de non-lieux psychiatriques en valeur absolue passe dans la même période de 350 à 286 avec une baisse à 190 en 1997, *Annuaire statistique de la Justice 2002, op. cit.*, p. 111.

l'article 122-1 du Code Pénal.

Il reste à envisager l'hypothèse selon laquelle l'article 122-1 soumettrait le jugement d'une personne atteinte d'un trouble mental à un procès de droit commun marqué lui-même par un alourdissement des peines. Les annuaires statistiques de 1999 et 2002 de la Justice devraient permettre la comparaison entre 1993 et 2000 car ils utilisent les mêmes catégorisations. Là encore plusieurs biais trompent une éventuelle utilisation des données. Tout d'abord, le Nouveau Code Pénal mis en application en 1994 prend en compte de nouvelles infractions et en aggrave certaines (par exemple, le trafic de stupéfiants devient un "crime"). Ensuite, il donne plus de pouvoir au juge pour prononcer des peines alternatives plutôt que des peines privatives de liberté. Enfin, l'amnistie présidentielle de 1995 brouille les pistes en annulant certaines peines²⁶¹. Par conséquent, si les rapports font certes état d'une diminution des condamnations pour délits de 1,16% entre 1993 et 2000 (de 448 840 à 443615) et d'une augmentation des condamnations pour crimes de 10,2% (de 2776 à 3093) dans la même période²⁶², on ne saurait fonder une interprétation sérieuse à partir de telles données. Les difficultés se compliquent d'ailleurs dans la mesure où ces documents énoncent parfois des chiffres contradictoires : sur la qualité de la mesure de condamnation par exemple, l'annuaire de 2002 fait état de 31 condamnations à perpétuité en 1997, alors que l'annuaire de 1999 les évaluent à 17 pour la même année.

Nous concluons donc, malgré la multitude des interprétations existantes²⁶³ à notre impuissance à apprécier les effets quantitatifs de l'article 122-1 du Nouveau Code Pénal, faute de disposer de statistiques à la fois comparables et fiables. En guise de conclusion, nous pouvons donc seulement affirmer que la raréfaction des non-lieux psychiatriques n'est pas du tout évidente.

B- Soigner et punir

Le titre de ce développement invite à questionner l'évolution des rapports entre l'hôpital et la prison. Sur ce point, les services des différents ministères concernés par les soins en milieu pénitentiaire mettent en valeur un effet de "vases communicants" entre l'hôpital et la prison, effet qu'ils attribuent à l'invocation trop systématique par les experts psychiatres requis au procès de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du Code Pénal. Dans le même temps, ces services constatent la faiblesse des soins psychiatriques en prison, doublée d'une forte inégalité entre établissements en la matière.

Du côté de la profession psychiatrique, on avance précisément en réponse au diagnostic officiel deux arguments d'ordre différent : l'un concerne la formulation du

²⁶¹ Elle touche surtout des peines de substitution, des amendes ou des peines d'emprisonnement de courte durée.

²⁶² *Annuaire statistique de la Justice 2002, op. cit.*, p. 111.

²⁶³ Par exemple, Serge Portelli, Doyen des juges d'instruction, formule l'hypothèse que le fait que les non-lieux psychiatriques touchent en majorité les affaires correctionnelles est dû à l'absence d'une "certaine publicité" ; Serge Portelli s'appuie sur les statistiques judiciaires qui affirment une aggravation récente des verdicts criminels (Serge Portelli, "La pratique de l'article 122-1 du Nouveau Code Pénal", in Claude Louzoun et Denis Salas (dir), *Justice et Psychiatrie, op. cit.*, p. 155).

nouvel article 122-1 du Code Pénal ; l'autre vise les limites des conditions de réussite d'un soin en prison, ou d'une détention en milieu soignant. Les critiques sont diverses mais manifestent toutes une impossibilité structurelle à pratiquer le nouveau modèle du "soigner et punir" parce que l'application d'un droit commun aux malades mentaux délinquants butte en pratique sur une contradiction entre deux champs, répressif et soignant, dont on voudrait nier les caractéristiques propres.

B-1- LES SOINS PSYCHIATRIQUES EN PRISON, UN BILAN MITIGÉ

L'introduction de soins en milieu pénitentiaire est relativement récente. Les pouvoirs publics justifient les efforts financiers en la matière par l'augmentation des problèmes psychiatriques des détenus. Cette analyse est confirmée par les psychiatres eux-mêmes, sur la base d'études localement réalisées. Constatant la faiblesse et la disparité des soins psychiatriques en prison, ils envisagent plusieurs solutions de nature à "sécuriser" l'hôpital d'une part et à renforcer les moyens affectés aux soins ambulatoires médico-psychologiques en prison.

1. Une lecture officielle des soins en prison

L'avant-projet de Code Pénal de 1978, comme celui de 1955, proposait que la juridiction saisie puisse décider de l'emprisonnement sous un régime médico-psychologique dans un établissement pénitentiaire spécialisé. Cette solution est abandonnée dans le projet de 1986 malgré un amendement du Sénat allant dans ce sens parce que le gouvernement refuse tout engagement financier²⁶⁴, d'où la formule définitive de l'article 122-1 du Code Pénal : "la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime".

Le Rapport Zambrowski appelait en 1986 au développement des prestations psychiatriques en faveur des détenus. Il exigeait également une meilleure répartition des Unités pour malades difficiles sur le territoire et l'implantation de nouveaux Services Médico-psychologiques Régionaux (au nombre de quinze à ce moment-là) dans les régions qui n'en avaient pas, et dans les régions supérieures à 2,5 millions d'habitants ne disposant que d'un SMPR²⁶⁵.

En 2001, le Rapport d'évaluation de l'organisation des soins aux détenus de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires²⁶⁶ constate l'augmentation des crédits affectés à la prise en charge somatique et psychiatrique des détenus.

Le tableau suivant²⁶⁷ décrit les crédits en millions de francs ajoutés au titre de la

²⁶⁴ F. Desportes et F. Le Gunehec, *Droit pénal général*, Economica, Collection Corpus Droit Privé, 2002, p. 595.

²⁶⁵ Rapport du Docteur Zambrowski, *op. cit.*, p. 102.

²⁶⁶ "L'organisation des soins aux détenus", Rapport d'évaluation, *op. cit.*

²⁶⁷ *Ibid*, p. 13.

psychiatrie en milieu pénitentiaire :

Fin 1994	1994	1995	1996	1997	1998	1998	2000
Soins somatiques	233		- 31	- 11	+ 12		
Fin 1994 psychiatriques	130		- 10	- 4	+ 30	+ 13	+ 19
Total	453	474	494	553	610	673	735

Evolution des crédits – soins en milieu pénitentiaire accordés par la DHOS²⁶⁸

Sources : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Il convient de rapporter ces chiffres à l'évolution du nombre de détenus pour constater que les crédits alloués augmentent alors que le nombre de détenus baisse²⁶⁹ :

	1994	2000	1994-2000
Crédits accordés par la DHOS (en M-)	453	655,97	+ 40%
Entrée de détenus	8576	65251	- 21%
Population moyenne de détenus	50302	46004	- 9%

Evolution des crédits- Soins en milieu pénitentiaire par rapport à la population générale

Sources : DHOS-DAP

La loi du 18 janvier 1994 s'est d'abord traduite par un apport sensible de moyens en personnel médicaux et paramédicaux, en locaux et en équipements accompagnant la mise en place des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) en détention. Les UCSA sont essentiellement centrées sur l'aspect somatique. Sur l'aspect psychologique, la majorité des personnes interrogées pour la constitution du Rapport d'évaluation de 2001 sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires pense que la morbidité psychiatrique s'est aggravée. Aucune étude épidémiologique nationale détaillée n'en apporte la preuve, mais certains exemples

²⁶⁸ Ibid, p. 13.

²⁶⁹ Ibid, p. 14.

locaux vont dans ce sens. Le rapport donne l'exemple de la maison d'arrêt de Strasbourg, où le pourcentage des psychotiques détectés par les Services Médico-Psychologiques Régionaux ou SMPR²⁷⁰, au sein des entrants en prison serait passé de 1,1 % en 1990 à 4,6 % en 1995 et à 8,7 % en l'an 2000 alors que les données épidémiologiques indiquent une stabilité du pourcentage des psychotiques à 1% dans la population générale²⁷¹.

Le rapport de la mission parle d'un "transfert de charge entre l'hôpital, qui a par ailleurs vu considérablement diminuer le nombre des personnes hospitalisées en psychiatrie, et la prison, qui a vu croître la demande en soins mentaux, alors que les causes pénitentiaires et les causes socioculturelles tendent à augmenter dans l'absolu le nombre de troubles mentaux à prendre en charge"²⁷².

La comparaison entre les données recueillies par la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces en avril 2001 et les chiffres d'un SMPR et d'une maison d'arrêt permet une analyse affinée de l'effet de l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal. En effet, si le pourcentage de non-lieux obtenus en 1987 avec l'article 64 du Code Pénal par rapport au nombre de personnes mises en examen (0,46 %) est pratiquement identique à celui obtenu en 1999 avec le premier alinéa de l'article 122-1 (0,45 %), le nombre de personnes incarcérées, donc n'ayant pas bénéficié d'un non-lieu, bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique, augmente (voir tableau page suivante).

²⁷⁰ Les services médico-psychologiques régionaux sont rattachés chacun à un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Chacun de ces services est aménagé dans un établissement pénitentiaire afin de dispenser des soins à la population incarcérée (Cf. arrêté du 14 décembre 1986 en annexe).

²⁷¹ "L'organisation des soins aux détenus", Rapport d'évaluation, juin 2001, *op. cit.*, p. 81.

²⁷² *Ibid*, p. 83.

	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000
Nombre de personnes mises en examen	98 520	76 480	72 412	60 067	43 624	32 593	23 125	- 34,8%
Ordonnances de non-lieu	10 345	2 111	2 207	7 112	8 990	9736	9 121	13,3%
Dont art 64 puis 122-1 du CP	147	511	322	370	170	150	286	35,9%
Dont : - délits					69	51	68	
					271	129	218	
Pourcentage de non-lieux psychiatriques sur le nombre de personnes mises en examen	0,10%	0,27%	0,31%	0,67%	0,16%	0,29%	0,40%	

Tableau 1 : Nombre de personnes faisant l'objet d'un non-lieu

Le rapport explique ce phénomène ainsi :

"En matière délictuelle, l'expertise psychiatrique est loin d'être la règle, elle est même plutôt l'exception. Beaucoup de troubles mentaux échappent ainsi à tout dépistage avant la condamnation ou l'incarcération de la personne. En matière criminelle, où l'expertise psychiatrique est la règle, les experts psychiatres chargés d'analyser la responsabilité des prévenus en vue de leur procès, préféreraient souvent, d'après les renseignements recueillis par la mission, invoquer le deuxième alinéa de l'article 122-1 plutôt que le premier, car ils estiment que la responsabilisation du malade passe par une pénalisation de ses actes et par une confrontation à la loi. Plusieurs psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire se plaignent, exemples à l'appui, du caractère contradictoire de certaines conclusions des experts, une partie de l'expertise décrivant les délires du sujet et l'autre partie faisant état de convictions personnelles pour prendre la décision, malgré tout, de considérer que le sujet est responsable de ses actes".

La comptabilisation des condamnations dans lesquelles le deuxième alinéa de l'article 122-1 a joué, manque à nouveau cruellement. Les procureurs consultés par la mission ont signalé que le deuxième alinéa de l'article 122-1 pouvait jouer "contre les prévenus", dans la mesure où "il ne comporte pas une atténuation systématique de la peine, comme l'excuse de minorité"²⁷⁴. Au contraire, dès que le prévenu présente des troubles mentaux, des peines plus lourdes seraient souvent décidées, et les réquisitions du parquet de plus en plus dépassées par les cours d'assises.

2. La faiblesse des soins psychiatriques

Malgré l'augmentation globale des moyens, la faiblesse des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) en termes qualitatifs est pointée. En effet, il n'y a pas de réelle hospitalisation complète dans les cellules des SMPR.. Le rapport de mission de 2001 rappelle que ces cellules ne sont pourvues "d'aucun équipement hospitalier traditionnel et ne diffèrent pas des cellules habituelles"²⁷⁵, que l'entretien, le nettoyage, et la désinfection sont à la charge des détenus et surtout, que l'absence de personnel soignant la nuit (dans les 24 SMPR) ou l'impossibilité d'accéder directement au malade "paraissent incompatibles avec les obligations de permanence et de continuité de soins faites aux services hospitaliers"²⁷⁶. En outre, trois régions sont dépourvues de SMPR : l'Auvergne, la Franche-Comté, le Limousin, ainsi que la Guyane.

L'enquête sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues, menée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et publiée en mars 1999 fait état d'importantes disparités entre SMPR d'une part, mais également entre les sites disposant de SMPR et ceux n'en disposant pas. En comparant le ratio des effectifs rémunérés de psychiatres et internes pour 100 détenus, la DHOS constate que les moyens vont de 1 à 4 entre deux régions métropolitaines pourvues de SMPR et de 1 à 24 entre la région pourvue de SMPR la mieux dotée et celle dépourvue de SMPR la moins dotée, ce qui représente des écarts encore plus grands entre établissements. Enfin, il existe une grande disparité de moyens psychiatriques affectés à des établissements de même catégorie (maison d'arrêt, établissements pour peine) sans que cela ne soit corrélé à une disparité de besoins.

En outre, lorsque l'hospitalisation d'un détenu relevant de l'article D 398 du Code de Procédure Pénale est effectuée dans les établissements habilités au titre de l'article L 331 du Code de la Santé Publique à recevoir des patients en hospitalisation contrainte, plusieurs problèmes se posent. Tout d'abord, le seul mode d'hospitalisation autorisé est l'hospitalisation d'office. L'absence de secteur fermé d'hospitalisation emporte deux

²⁷³ *Ibid*, p. 85.

²⁷⁴ *Ibid*, p. 85.

²⁷⁵ *Ibid*, p. 91.

²⁷⁶ S'ajoute à ces difficultés le fait que l'hospitalisation des femmes n'existe qu'à Fleury-Mérogis.

conséquences : soit la garde est impossible et les "évasions" sont possibles, soit les soignants optent pour des conditions encore beaucoup plus dures que celles existant en prison (liens, chambre d'isolement, privation d'accès à la cantine ou à la salle de télévision").²⁷⁷

Ensuite, les textes actuels assimilent établissement pénitentiaire et domicile, ce qui est de nature à produire une concentration de malades détenus, dans certains services psychiatriques²⁷⁸.

Les Inspections Générales de la santé et des services judiciaires envisagent plusieurs solutions pour répondre à ces difficultés. Puisque les locaux et les comportements pénitentiaires sont difficilement compatibles avec l'hospitalisation, mais bien plus, puisque des différences de territoire et de culture constituent un obstacle aux soins apportés aux détenus, la mission envisage la création de services d'hospitalisation psychiatrique autonomes régionaux, situés dans les hôpitaux définis à l'article L 3221 du Code de la Santé Publique, dotés de suffisamment de "lits" pour disposer d'un personnel autonome et d'une superficie assez vaste pour permettre les promenades dans un site protégé et se prêter à des activités variées : ces unités concerneraient des détenus en hospitalisation librement consentie. Cette solution permettrait selon la mission "de répondre aux conditions spécifiques des détenus" et d'éviter "le mélange de publics relevant de systèmes juridiques différents"²⁷⁹.

L'association des psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire ayant participé à l'élaboration du Rapport sur l'organisation des soins aux détenus propose quant à elle la création d'unités intersectorielles départementales fermées, situées dans un établissement psychiatrique, permettant d'accueillir en hospitalisation d'office les malades dangereux ou perturbateurs des différents secteurs psychiatriques. Le personnel, uniquement hospitalier, avec une majorité de personnels masculins, serait prélevé sur les différents secteurs. Ce système ne se différencie des Unités pour malades difficiles (UMD) que par le niveau de dangerosité des malades accueillis : il s'adresserait aux détenus, aux personnes ayant bénéficié de l'alinéa 1 de l'article 122-1 du Code Pénal et aux malades mentaux non détenus risquant de passer à l'acte, tous placés en

²⁷⁷ Les membres de la mission ayant rédigé le rapport sur l'organisation des soins aux détenus jugent illégitimes les arguments des soignants hospitaliers essentiellement centrés sur la féminisation du personnel, et la limitation de capacité hospitalière liée à la restructuration : "La féminisation est cependant variable d'une région ou d'un établissement à l'autre... L'exemple de l'UMD de Sarreguemines montre cependant que rien n'interdit de trouver un mode d'organisation équilibré, avec un personnel organisé et formé, pour assurer un secteur fermé commun garantissant la sécurité." ("L'organisation des soins aux détenus", *op. cit.*, p. 93).

²⁷⁸ La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) propose d'hospitaliser dans le secteur du domicile pour éviter une telle concentration, Compte-rendu de la réunion du Comité consultatif de santé mentale du 5 décembre 1996, p. 5 (Documents DGS).

²⁷⁹ Leur architecture comporterait d'emblée une enceinte protégée. La garde serait assurée de la même manière que pour les unités hospitalières sécurisées inter-régionales somatiques, le personnel pénitentiaire assurant les missions pénitentiaires traditionnelles (parloir, visites, sécurité). L'exigence de superficie imposerait le choix de rattachement à un CHS, "L'organisation des soins aux détenus", *op. cit.*, pp. 136-137.

hospitalisation d'office. Les auteurs du rapport estiment cette solution adaptée au problème des malades mentaux dangereux non détenus et des médico-légaux qui ne vont pas en UMD mais déplorent que la sécurité ne soit assurée que par le personnel psychiatrique.

La mission assigne en définitive une activité "purement ambulatoire" aux SMPR en prison (dépistage, consultations, soins, ateliers thérapeutiques, hôpital de jour) avec des moyens médico-psychologiques "renforcés"²⁸⁰. Les cellules du SMPR n'accueilleraient des détenus que pendant les activités de soins. Les détenus rentreraient en détention, à la fermeture de l'hôpital de jour ou à la fin de leurs entretiens. Un détenu malade ayant besoin d'une surveillance médicale constante serait adressé pour hospitalisation complète à l'hôpital. Cette solution est conçue comme clarifiant le partage des responsabilités et des locaux. La mission considère que sa réalisation est possible par redéploiement des moyens des établissements les plus dotés, et par le recrutement de psychiatres libéraux, un jour par semaine, sous forme contractuelle ou en tant qu'attachés, pour des activités délimitées (délinquance sexuelle, prévention du suicide, thérapie familiale...).

B-2- UN DROIT CRITIQUÉ

Daniel Zagury²⁸¹, psychiatre, attribue à la modification du Code Pénal à un mouvement social plus vaste prenant la forme d'une imposition aux psychiatres d'un nouveau contrat social, jugé incompatible avec la diminution des moyens et des effectifs des équipes psychiatriques, conjuguée à l'augmentation des demandes de prises en charges (sidéens, victimes, mourants, exclus, délinquants sexuels...). Georges Lantéri-laura, psychiatre et historien, approuve cette position et situe le danger de l'avenir de la discipline dans l'extension immodérée d'une pratique légitime de la psychiatrie, soit à des domaines traditionnels, avec des objectifs nouveaux, comme l'expertise pénale [...] ; soit à des tâches nouvelles comme les conseils conjugaux ou les décisions relatives aux adoptions"²⁸².

La prise en compte par l'expert de paramètres dépassant le seul diagnostic (capacités de réadaptation, aptitude à suivre le traitement, possibilité concrète de prise en charge, appréciation des traitements en détention...), pose la question de la compétence sociale du psychiatre, notamment à travers les rapports entre le judiciaire et le psychiatrique, au temps du procès comme au temps de l'emprisonnement.

1. Des niveaux de discours spécifiques

Plusieurs prises de positions publiques contre l'article 122-1 du Code Pénal sont notables

²⁸⁰ "L'organisation des soins aux détenus", *op. cit.*, p. 138.

²⁸¹ Daniel Zagury, "Clinique, éthique et mutations sociales", Rapport aux 16èmes journées de *L'information psychiatrique*, *L'information psychiatrique*, n°1, janvier 1998, pp. 47-56.

²⁸² Georges Lantéri-Laura, "L'avenir de la psychiatrie : entre la neurologie et la psychologie", *L'information psychiatrique*, n°10, décembre 2000, p. 1132.

du côté des psychiatres. Nous en relaterons trois.

La première est portée par les Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt dans leur rapport de juillet 2001 remis à Bernard Kouchner : la révision de l'article 122-1 alinéa 1 est exigée sans que soit remise en cause la nécessité du procès, y compris la possibilité d'un temps de soin préalable pour que le sujet et citoyen "soit" au procès. La persistance de l'opposition entre les logiques de soin et pénale est en revanche qualifiée de stérile d'où l'invocation d'une reprise de dialogue entre les acteurs du soin et ceux de la justice.

La seconde est inscrite dans l'une des motions adoptées le 7 juin 2003 par l'assemblée des Etats Généraux de la psychiatrie. On trouve ainsi la revendication de "la révision en profondeur des collaborations entre instances juridiques et soignantes, [...] et de l'article 122 du Code Pénal dans l'intérêt des patients et la protection des personnes incarcérées qui jusqu'ici ne peuvent bénéficier de soins". La motion n'est pas détaillée, aussi nous a-t-il semblé utile de revenir sur le rapport préalable aux Etats Généraux établi par Sylvie Péron²⁸³, vice-présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, et diffusé le 14 mai 2003, qui confronte deux courants sur la position du psychiatre dans le processus judiciaire :

"Un courant de pensée qui estime que pour certains malades mentaux, dont la maladie n'est aucunement permanente et oscille en pics de recrudescence, l'incarcération est presque thérapeutique dans la mesure où elle permet au sujet de payer sa dette à la société, tout en intégrant les principes de réalité et de la loi sociale. Un deuxième courant de pensée qui se dirige davantage pour les patients atteints de maladie mentale permanente ou pas, vers l'abolition du discernement au moment des faits au sens de l'article 122-1 du Code Pénal, aboutissant à un jugement de non-lieu, considère le mis en examen comme devant être traité uniquement médicalement, l'incarcération augmentant la déstructuration du sujet"²⁸⁴.

Sylvie Péron fonde le premier courant sur un argument pratique : celui qui est jugé dispose d'une "date de sortie précise et structurante dans la dynamique de l'espoir", contrairement à celui qui bénéficie de l'article 122-1 alinéa 1, hospitalisé d'office suite à un non-lieu, toujours dépendant "des faits divers du moment et de leur médiatisation" pour une sortie d'essai avant même une sortie définitive²⁸⁵. Cette position rappelle celle du psychiatre Jean-Paul Chabannes au cours de la discussion au Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française de Lille en 1990 :

"Citons le cas de cette femme qui, en 1952, alors qu'elle avait vingt ans et une schizophrénie sévère, avait été internée en placement d'office suite à un article 64 sanctionnant un acte criminel de strangulation d'une personne âgée. La levée du placement d'office a eu lieu en 1989 soit 37 ans plus tard sans que la pathologie seule ne justifie un tel retard... une condamnation l'aurait, quoiqu'il en soit, retenue bien moins longtemps sous les verrous"²⁸⁶.

²⁸³ Psychiatre Hospitalier.

²⁸⁴ Rapport écrit par Sylvie Péron, Etats Généraux de la Psychiatrie, Montpellier, juin 2003, www.eg-psychiatrie.com.

²⁸⁵ *Ibid.*

Le second aspect mis en avant par Sylvie Péron est l'élargissement de la fonction expertale largement conditionné par "de nouvelles formes de demandes", le plus souvent dans le court terme, voire dans des situations d'urgence propres à dénier au psychiatre le rôle "d'acteur d'une relation thérapeutique stable dans une relation au long cours".

Le troisième acte critique à l'encontre de l'article 122-1 du Code Pénal est formulé dans la motion présentée par l'Union Syndicale de la psychiatrie, l'un des quatre syndicats de psychiatres de service public, le 15 avril 2003 :

"CONTRE l'article L 122 du Code Pénal qui reprend la même logique perverse que celle de l'ancien article 64 en fusionnant les notions de responsabilité et de punissabilité"²⁸⁷.

Ces trois critiques aboutissant à l'exigence d'une abolition du nouvel article 122-1 dénoncent respectivement :

- la prolongation de l'hospitalisation d'office pour des motifs de dangerosité,
- la contradiction à exiger la nécessité symbolique du procès et les possibilités pratiques de soins en prison,
- le refus d'extension de la compétence sociale du psychiatre.

A partir de ces revendications, nous devons comprendre le rapport entre deux niveaux discursifs : l'un, de représentation, soutenu par les porte-parole des psychiatres, juridiquement certifiés ou s'arrogeant le droit de parler au nom de la profession sans mandat particulier et l'autre, ordinaire, porté par des praticiens sans mission spécialement attribuée ou vécue comme telle de représentation de la profession, délivré dans un contexte de confiance privée²⁸⁸.

Le discours ordinaire est empreint de la même insatisfaction que le discours de représentation mais les psychiatres avec lesquels nous nous sommes entretenue se montrent plus gagnés par l'incertitude quant aux conclusions à en tirer. En effet, ils ne se prononcent pas contre la nouvelle formulation juridique des conditions de l'irresponsabilité pénale des malades délinquants, contrairement à ceux qui portent des revendications au nom de la psychiatrie publique en général.

Tout se passe comme si le niveau de discours et par là-même son statut (discours syndical, débat public, états généraux) impliquait une dramatisation des positions si forte qu'elle débouche sur une remise en cause de l'événement juridique associé à la question de l'irresponsabilité pénale. Les psychiatres avaient pour beaucoup exigé l'abolition de l'article 64 du Code Pénal en vue de la prise en compte du malade mental victime de la naturalité de sa maladie. Or la réforme du Code Pénal a été conditionnée largement par un contexte de faveur envers la victime du malade mentale. Par une sorte de

²⁸⁶ Jean-Paul Chabannes, *discussion du rapport*, in Philippe Rappard et Monique Bucher-Thizon, *La raison psychiatrique et la raison juridique*, op. cit., p. 446.

²⁸⁷ "Motions présentées par l'Union Syndicale de la psychiatrie", 15 avril 2003, www.eg-psychiatrie.com.

²⁸⁸ Ce discours est celui que nous avons recueilli au cours d'entretiens individuels.

chassée-croisé des positions, il semble que le discours ordinaire prend la forme d'une attaque du contexte ayant présidé à l'adoption du nouvel article 122-1 alors que le discours de représentation rend le droit responsable de ses difficultés d'application.

Un psychiatre, chef de service en région parisienne nous confiait ainsi que :

"Statistiquement, on s'est rendu compte que les condamnations étaient encore plus lourdes que pour les gens qui n'ont pas de troubles mentaux. Ca n'est pas intervenu à titre de circonstance atténuante à cause de la méfiance...".²⁸⁹

L'un de ses homologues lyonnais, considérant l'amélioration formelle de l'article 122-1 par rapport à l'ancien article 64 ("c'est un changement de détail. Dans le formulé c'est meilleur que "ni crime ni délit..." qui signifiait qu'il n'y avait rien eu")²⁹⁰ embrayait immédiatement sur la responsabilisation générale des individus accusés, tendance renforcée par le nouvel article plutôt qu'inaugurée par lui :

"Dans l'application, c'est la grande époque où l'on responsabilise tout à outrance. Alors les patients de l'article 122-1 passent leur vie à réinterroger leur culpabilité. On a l'exemple d'un matricide dans le service. Le soigner, c'est l'amener à plus de conscience alors plus il se soignera, plus il saura qu'il a tué sa mère".²⁹¹

Ces deux remarques, désignant respectivement les deux types d'application de l'article 122-1 (altération du discernement ou irresponsabilité totale) traduisent assez bien le niveau d'interprétation que les praticiens font du nouveau droit. Ce n'est pas l'article 122-1 qui est mis en cause chez les praticiens ayant une expérience suffisamment longue pour se permettre la comparaison :

"L'article 64 ne convenait pas, pour les mêmes raisons. Je ne remets pas en cause l'article 122-1."²⁹² **"Rien n'est résolu ni par l'article 64 ni par son remplaçant"**²⁹³

2. Soigner en prison, punir à l'hôpital ?

Les soins psychiatriques pour les détenus en prison sont actuellement dispensés par les équipes des Services Médico-Psychologiques Régionaux²⁹⁴ institués par le décret du 14 mars 1986. Quand la pathologie devient trop lourde, le détenu doit être transféré selon les textes en service d'hospitalisation psychiatrique sur ordre du Préfet²⁹⁵ : le soin doit alors se faire en pavillon fermé (alors que la loi de 1990 élimine toute référence à

²⁸⁹ Entretien avec le Docteur Safran.

²⁹⁰ Entretien avec le Docteur Ajonc.

²⁹¹ **Entretien avec le Docteur Ajonc.**

²⁹² **Entretien avec le Docteur Safran.**

²⁹³ **Entretien avec le Docteur Ajonc.**

²⁹⁵ D'après l'article D398 du Code de procédure pénale, les mêmes conditions que pour toute hospitalisation d'office sont exigées.

l'enfermement)²⁹⁶. Le décret n° 98 1099 du 8 décembre 1998 a modifié l'article D 398 du code de procédure pénale pour le rendre compatible avec la loi de 1990 :

“ Les détenus atteints de troubles mentaux visés à l'article L 342 du CSP35 ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder dans les meilleurs délais à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité [...]. Il n'est pas fait application à leur égard de la règle posée au second alinéa de l'article D 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation ”.

En outre, si le détenu et patient devient violent, il peut être transféré en Unités pour Malades Difficiles (UMD)²⁹⁷, structures intégrées à certains Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, mises en place progressivement depuis 1910, qui accueillent également des personnes ayant bénéficié d'un non-lieu psychiatrique, hospitalisées

²⁹⁴ Il y a en 26 en France depuis le début des années 1990 (15 auparavant) avec 187 établissements. Ils représentent 80% des budgets de la psychiatrie en milieu carcéral. Les centres médico-psychologiques régionaux avaient été institués en 1967 par une circulaire qui les place sous la tutelle pénitentiaire. Ils sont placés en 1977 sous la double autorité du chef d'établissement pénitentiaire et du chef de service, médecin. Le décret du 14 mars 1986 définit les services médico-psychologiques régionaux comme un type de secteur psychiatrique (Cf. annexe) ; Sophie Baron-Laforêt, "Psychiatrie en milieu pénitentiaire", in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué (dir), *La santé mentale des Français, op. cit.*, pp. 290-291.

²⁹⁶ Article D. 394 du Code de Procédure Pénale issu du décret n°98-1099 du 8 décembre 1998 relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires : "lorsque l'hospitalisation d'un détenu s'impose... le chef de l'établissement pénitentiaire avise dans les meilleurs délais le directeur de l'établissement de santé afin qu'il prenne toute disposition pour que l'intéressé soit accueilli dans des locaux adaptés, de manière à ce que la garde de celui-ci puisse être assurée", l'autorité préfectorale, d'après les renseignements utiles fournis par le chef de l'établissement pénitentiaire, peut prescrire l'escorte et la garde du détenu hospitalisé par les services de police ou de gendarmerie. D'après l'article D. 395 du même code, "les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard".

²⁹⁷ Les quatre Unités pour malades difficiles situées dans les Centres Hospitaliers Spécialisés totalisent environ 400 lits. Ces unités ne reçoivent pas seulement des détenus mais également des malades jugés irresponsables ayant bénéficié d'un non-lieu psychiatrique selon l'article 122-1 du Code Pénal, considérés comme plus ou moins dangereux, une majorité de malades issus de secteurs ordinaires en hospitalisation d'office, ayant des troubles du comportement et ayant débordé momentanément les capacités contenantes des équipes de ces secteurs" (Extrait du Rapport de mission rendu au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et au Ministère délégué à la santé, par Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, "De la psychiatrie vers la santé mentale", juillet 2001, psydoc-fr.broca.inserm.fr). *L'Encyclopédie médico-chirurgicale* (C. Kottler, J. Gouyon, J.L. Senninger, G. Robbe, Psychiatrie, Elsevier, Paris, 37-9526A-10, 1998) retrace l'histoire légale et institutionnelle des unités pour malades difficiles : le premier quartier de sûreté ouvre à Villejuif en 1910. Trois autres services spéciaux seront progressivement mis en place entre 1947 et 1963 à Montfavet, Sarreguemines et Cadillac. Le décret du 14 mars 1986 leur donnera le nom d'"unités pour malades difficiles" ; le décret du 14 octobre 1986 (cf. annexe) indiquera les modalités d'admission et de sortie. Globalement trois modes sont prévus : 1) lorsque les détenus refusent un soin psychiatrique obligatoire (article D398 du CPP), 2) après un non-lieu au titre de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal et une décision d'hospitalisation d'office car le malade est jugé dangereux, 3) à la demande d'un service de secteur lorsque son état est incompatible avec le maintien dans une unité d'hospitalisation (arrêté du 14 octobre 1986). La décision d'admission est prise par le Préfet du département d'implantation de l'UMD avec une obligation de reprendre le patient dans les 20 jours après l'avis favorable de la commission de suivi médical de l'UMD.

d'office, ou des patients issus de secteurs ordinaires, hospitalisées également d'office.

Le taux d'occupation de ces unités est très élevé, les listes d'attente longues : les demandes d'admission sont ainsi passées de 1989 à 1995 de 8 à 13%²⁹⁸. Une étude menée sur les admissions à Sarreguemines entre 1957 et 1990 a repéré une demande croissante des prises en charge des schizophrènes paranoïdes²⁹⁹. Une étude comparable menée sur les admissions à l'UMD Henri Colin durant l'année 1996, conclue également à une sur-représentation des schizophréniques paranoïdes admis et à une diminution du nombre d'hospitalisations de psychopathes depuis quelques années (moins de 10% en 1996).³⁰⁰

Ce genre d'étude impose une remarque : à la question normative du rôle de la psychiatrie dans la décision judiciaire se substitue celle des conditions de la pratique conjointe d'un soin et d'une détention. Ainsi, l'article 122-1 alinéa 2, conjugué à un contexte inédit, déplace la question de la responsabilité pénale vers celle des conditions de possibilité des soins en prison ou de la détention à l'hôpital ("la psychiatrie a été sollicitée pour s'occuper d'un certain nombre d'activités non de son ressort jusque là, le soin dans les prisons par exemple")³⁰¹. Le problème de la demande de soin resurgit alors naturellement puisque le soin n'est pas la priorité de l'institution pénitentiaire. A partir de là, le soin est possible en prison pour les seuls patients en faisant la demande où lorsque l'institution elle-même recourt aux travailleurs psychiatriques, au motif que le détenu trouble la paix sociale de l'établissement. La limite du soin est justifiée par les psychiatres par la spécificité pathologique de certains détenus et la mission des psychiatres de SMPR :

"Il y a les malades qui souffrent en silence, de toute façon, ils ne demandent rien"³⁰², "Pour les soins en prison, j'en ai parlé à Lamothe : ils ne peuvent soigner que ceux qui en font la demande, sauf en cas de danger de mort"³⁰³, "En plus les schizophrènes, ne sont pas ceux qui bénéficient le plus des soins en prison. La maladie continue..."³⁰⁴.

Le premier critère de la prise en compte des troubles psychiatriques d'une population

²⁹⁸ F. Triebsch, A. Sebillé, P. Horrath, P. Bujon-Pinard, C. Weisse, "Le concept de malade difficile face aux évolutions récentes de la psychiatrie", *Synapse*, 131, 1996, pp. 29-32. La tendance générale relevée par tous les praticiens des Unités pour malades difficiles est l'augmentation croissante des admissions pour des états psychotiques aux dépens des troubles graves de la personnalité.

²⁹⁹ J.-L. Senninger, P. Tapella, "Le concept de malade difficile au risque de la sectorisation", *Nervure*, 7, 1995, pp. 40-47.

³⁰⁰ S. Christophe, S. Leray, C. Kottler, *Forensic*, n°18, 1^{er} trimestre 1998, in *Dangerosité et irresponsabilité pénale*, op. cit., p. 111.

³⁰¹ Entretien avec le Docteur Achillée.

³⁰² *Entretien avec le Docteur Safran.*

³⁰³ *Entretien avec le Docteur Ajonc.*

³⁰⁴ *Entretien avec le Docteur Mazen Hamdan*

incarcérée est donc la demande explicite de soins émise par le détenu. Un second critère pourrait résider dans l'existence de troubles du comportement, que l'on impute à un état pathologique³⁰⁵. La définition essentiellement comportementale du trouble constitue dès lors le motif du recours des instances pénitentiaires au spécialiste, comme nous le confirme un psychiatre chef de service :

"Les patients sont tous en prison ou pas pris en charge. Là aussi, on nous demande une intervention dès qu'il y a un problème en prison [...], il y a la souffrance psychique liée à la prison et les troubles du comportement et c'est pour ces derniers que l'on demande à la psychiatrie d'intervenir. Les équipes des SMPR se déplacent pour faire des consultations : parfois ils font une HO ou ils articulent une prise en charge après la sortie"³⁰⁶.

Tout porte à montrer que les soins en lieu et place d'un jugement affaiblissent la capacité du patient à "payer sa dette sociale" et rendent indéterminé le moment de la sortie du patient, mais qu'à l'inverse, les soins au cours de l'incarcération, encore peu développés, laissent de côté tous ceux qui ne font pas de demande de soins. Sur la question de la responsabilité, le problème se pose alors dans les mêmes termes qu'au temps de l'article 64 du Code Pénal. L'irresponsabilité menant à l'hospitalisation reporte sur le psychiatre expert la responsabilité de la remise en liberté :

"Sur les gens déclarés irresponsables, ça nous donne plus de responsabilité. Si c'est une HO judiciaire, on peut initier la levée (puis c'est un collège de trois experts)"³⁰⁷, "Je suis d'accord avec le fait de responsabiliser le patient. Si le patient est irresponsable, c'est le psychiatre qui est responsable. C'est aussi un moyen de mettre fin à une peine. Quitte à soigner en prison mais là, il nous faut des moyens. Je pense à cette femme qui est sous HO depuis 22 ans à Maison Blanche..."³⁰⁸.

³⁰⁵ Dans une enquête réalisée par l'équipe du SMPR de Toulouse sous l'impulsion de G. Laurencin, la population de deux établissements, une maison d'arrêt et un centre de détention, a été étudiée : les psychiatres concluent au fait que dans 31% des cas à la maison d'arrêt et dans 51% des cas dans le centre de détention, le passage à l'acte est révélateur de la psychose. Le pourcentage de psychotiques chroniques est évalué entre 3 et 5% selon les établissements (Gallet E., Camilleri C., Crochet F., Laurencin. G., Nouvel A., "Les psychotiques incarcérés", *Forensic*, n°3, 2000, pp. 48-52). Aux cas de psychoses chroniques, s'ajoutent les décompensations psychotiques aiguës des détenus présentant un état limite à expression psychopathique, survenant pendant la détention et souvent marquées par un délire de persécution avec des troubles du comportement, et certaines "psychoses réactionnelles brèves" surdéterminées par le milieu carcéral (Senon J-L., Lafay N., Papet N., Manzanera C., "Psychoses et prison : un équilibre impossible entre sanitaire et judiciaire", *Revue pénitentiaire et de Droit pénal*, 2001, reproduit sur www.pinel.qc.ca/psychiatrie-violence, janvier-février 2002). Le Rapport de Monsieur le député Jacques Floch fait au nom de la commission d'enquête sur la situation des prisons françaises fait état de troubles psychologiques pour la moitié des détenus évaluée à environ 33% les détenus ayant des antécédents psychiatriques et à 50% ceux ayant des troubles psychologiques (Rapport fait au nom de la commissio d'enquête sur la situation des prisons françaises, n°2512, 28 juin 2000, p. 62). Tous les chiffres ne concordent pas mais les analyses s'accordent sur la nécessité de soins psychiatriques pour un très grand nombre de détenus.

³⁰⁶ *L'HO est l'hospitalisation d'office. Entretien avec le Docteur Safran.*

³⁰⁷ *Entretien avec le Docteur Ajonc.*

³⁰⁸ *Entretien avec le Docteur Armoise.*

Nous ne comptons plus les cas relatés de patients hospitalisés d'office condamnés à rester des décennies à l'hôpital psychiatrique en l'absence de toute levée assumée par l'autorité administrative, étayée sur deux expertises. L'exemple de cette femme hospitalisée depuis vingt ans témoigne d'un problème de responsabilité :

"Les non-lieux suivis d'HO ont des conséquences épouvantables : les gens restent des dizaines d'années hospitalisés quand ils n'arrivent pas à fuguer. On en a une depuis 20 ans qui me dit qu'au moins en prison, elle aurait une date de sortie. Elle a fait des choses très graves il y a 20 ans. Mais personne ne prendra la responsabilité de la faire sortir. La demande de sortie passe par la préfecture qui envoie deux experts tous les 6 mois, il faut deux expertises concordantes, comme une HO classique. La responsabilité est énorme". ³⁰⁹

Les experts donnant leur avis tous les six mois sur le maintien d'une hospitalisation d'office faisant suite à un non-lieu ne sont pas ceux qui prennent en charge la personne hospitalisée sous la contrainte et la décision de sortie relève du préfet. Ce genre de situation provoque le malaise des psychiatres sur lesquels ne repose pas la responsabilité de faire sortir leurs malades :

"Je trouve scandaleux de transformer l'hôpital psychiatrique en prison. Des gens restent en hospitalisation d'office à vie. Ils sortent jamais car il n'y a pas un préfet qui prend la responsabilité. J'ai connu un patient là depuis 20 ans qui a fait une bouffée délirante une seule fois : il a tué sa mère. Mais en fait, on aurait pu le garder un mois". ³¹⁰

Si l'exigence de responsabilisation pénale du patient répond à l'absurdité du maintien indéfini des patients hospitalisés suite à un non-lieu, elle ne cesse de correspondre à la position dominante que nous avons décrite lorsqu'il s'agissait de critiquer l'ancien article 64 du Code Pénal. Même chez les psychiatres les plus jeunes, qui n'ont pas a priori été formés dans "le bain psychanalytique" comme leurs maîtres, la référence psychanalytique reste ainsi présente :

"Concrètement, on y est peu confronté, une seule fois pour moi ... et tout ce que j'en pense, c'est que c'est très préjudiciable qu'il ne soit pas jugé [...]. Je pense que les patients doivent être jugés normalement, également au civil ; ils doivent bénéficier du même système juridique que tout le monde. Pour un certain nombre, c'est thérapeutique : c'est la signification de ce que c'est qu'une loi". ³¹¹

La nécessité du jugement reste la position dominante, chez les psychologues ou les psychiatres rencontrés lors de nos entretiens, qui ont été formés dans les années 1970 :

"Pour l'ancien 64 du Code Pénal, j'ai une expérience réduite. On a un matricide ici : il voudrait "au moins s'expliquer" ³¹², "Et l'article 122-1 du NCP ? La loi, on ne peut pas y échapper : pour le sujet, il faut qu'il existe. Sinon il disparaît". ³¹³

³⁰⁹ Entretien avec le Docteur Safran.

³¹⁰ Entretien avec le Docteur Mazen Hamdan.

³¹¹ Entretien avec le Docteur Bleuet.

³¹² Entretien avec le Docteur Bardane.

En guise de conclusion pour cette partie, nous affirmons la permanence de l'argumentaire psychiatrique en faveur de la responsabilité pénale du patient délinquant depuis les années 1960. La référence psychanalytique ou celle de l'analyse institutionnelle est toujours à l'œuvre dans les représentations : le droit pénal du procès doit jouer comme univers symbolique pour que le sujet se reconstitue. La modification de l'article 64 du Code Pénal est tout à la fois le signe d'une inflexion politique en faveur des victimes d'infractions coïncidant "par hasard" avec les revendications anciennes des psychiatres, et la contre-partie légale du développement des soins en prison. Sur ce second point en effet, l'atténuation de la peine, qui pouvait jouer grâce à la circulaire Chaumié, est progressivement remplacée par les modalités de la peine : la définition qualitative de la peine a supplanté sa détermination quantitative. Les critiques de l'application de l'article 122-1 alinéa 1 sont alors les mêmes que celles formulées à l'encontre de l'ancien article 64 du Code Pénal ; celles adressées à l'application de l'alinéa 2 du nouveau texte posent la question des soins en prison. Autrement dit, dans le premier cas, c'est une contradiction théorique qui est avancée, dans le second, c'est une difficulté pratique.

III. La despécification civile du malade mental

Tout comme pour la despécification pénale, les psychiatres défendent un droit civil commun en invoquant des raisons thérapeutiques, notamment en vue d'une inscription symbolique du malade dans la communauté. Aux origines de telles revendications, on retrouve encore des représentations marquées par la psychothérapie institutionnelle et la psychanalyse.

L'abandon d'un régime civil spécial lié à l'hospitalisation consacré par la loi du 3 janvier 1968 répondra aux revendications psychiatriques. Il ouvrira alors un espace de protection commun faisant intervenir d'autres acteurs que les psychiatres, espace modifié par la loi du 30 juin 1975 qui institue une allocation d'assistance aux "handicapés psychiques". La conjugaison pratique de ces deux lois transforme le rapport entre les professionnels de la psychiatrie et d'autres acteurs issus du champ judiciaire et social : tout se passe alors comme si la détermination du régime civil par l'hospitalisation instauré par la loi de 1838 avait laissé place à la détermination médicale du destin social du malade. Face à cette dérive, les psychiatres mobilisent un discours allant dans le sens d'une défense de l'identité médicale de la profession.

Ainsi, tout comme les psychiatres opposaient à la responsabilisation du malade mental une compétence spécifique garante de leur rôle de tiers dans le rapport entre la société et l'accusé, ils réitèrent le même type d'argumentation au fondement de leur indépendance quant aux choix et à l'application d'une "politique d'assistance" dispensatrice d'allocations sociales. Ces dernières rendent en effet possible l'alternative à l'hospitalisation mais transforment dans le même temps le rôle du médecin dans la décision des mesures de protection des biens. Dans ce développement, nous tentons donc de mettre en évidence les caractéristiques d'une identité psychiatrique construite sur une tension entre l'exigence de despécification civile du malade mental et la défense

³¹³ *Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.*

d'une compétence psychiatrique spécifique.

A- D'un régime spécial à un droit plus commun

La consécration législative en 1968 de l'indépendance du régime de protection civile des modalités du traitement médical "notamment quant au choix entre l'hospitalisation et les soins à domicile"³¹⁴, répond à une préoccupation ancienne des psychiatres des hôpitaux comme en témoigne le rapport préliminaire à la séance du 25 mars 1952 de la Commission des Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène sociale, remis par Xavier Abély, Lucien Bonnafé et Georges Daumézou³¹⁵, alors qu'un projet élaboré par le ministère de la Justice sur la capacité civile est en cours d'élaboration. Les arguments des psychiatres des hôpitaux sont alors au nombre de cinq :

- la diversité des situations des malades mentaux est considérablement augmentée par l'introduction des thérapeutiques modernes³¹⁶,
- le consentement aux soins est facilité par la conservation du maximum d'exercice des droits du malade,
- les procédures de l'interdiction et du conseil judiciaire instituent une "condamnation"³¹⁷ du malade,
- la protection issue de l'administration provisoire est restreinte au temps de l'internement (les services ouverts et la post-cure ne sont pas favorisés) d'une part et aux seuls patients des hôpitaux publics (par rapport au privé faisant office de public),
- les antagonismes sont possibles entre les intérêts de l'administration et ceux du malade imposant une compétence judiciaire et non administrative pour la gestion des biens.

³¹⁴ En 1963 le Ministère de la Santé prend contact avec le Ministère de la Justice qui constitue alors une commission spéciale constituée par arrêté du 23 octobre 1963. La présidence est confiée à Monsieur Aydalot, Procureur Général près la Cour de Cassation, la Vice-présidence à Monsieur Gerthoffer, conseiller du gouvernement pour les affaires

³¹⁵ X. Abély, G. Daumézou, L. Bonnafé, "Des dispositions à inclure dans le Code Civil concernant les malades mentaux", *L'information psychiatrique*, n° 4, 1952, pp. 146-154.

³¹⁶ Les auteurs du rapport insistent sur la diversité dans le temps de l'état du malade mental, et sur la variété même des états mentaux d'un patient à l'autre ou des situations de placement. X. Abély, G. Daumézou, L. Bonnafé, "Des dispositions à inclure dans le Code Civil concernant les malades mentaux", *op. cit.*, pp. 148-149.

³¹⁷ X. Abély, G. Daumézou, L. Bonnafé, "Des dispositions à inclure dans le Code Civil concernant les malades mentaux", *op. cit.*, p. 150.

³¹⁸ Journal Officiel, 24 octobre 1963.

³¹⁹ On compte le Docteur Bailly-Salin, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, Mr Dechaume, Professeur à la Faculté de médecine de Lyon, le Docteur Mignot, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, et le Docteur Henne. Le Professeur Dechaume est Président de la Commission des Maladies Mentales dans les années 1960.

animé par Monsieur Gerthoffer. Le Garde des Sceaux scinde le projet de réforme en deux : un texte porte sur la protection de la personne, un texte sur le droit des incapables majeurs. Lors des débats à la commission de réforme, l'accord se fait sur la compétence du juge des tutelles, malgré le problème de l'accroissement des tâches que cela représente, sur la non-exclusivité de la saisine du juge par la famille, la dissociation des mesures relatives à la personne et celles concernant la protection des biens, le principe d'une gradation des mesures de protection selon le degré d'incapacité³²⁰. Tout le monde s'accorde enfin sur la nécessité de former les administrateurs des biens des malades mentaux. La loi de 1968 consacre les principes contenus dans le projet de loi élaboré avec le corps médical, et du même coup les revendications des médecins des hôpitaux psychiatriques³²¹.

A-1- L'INDÉPENDANCE À L'HOSPITALISATION

La loi de 1838 fait dépendre la protection des biens du malade mental de son hospitalisation en établissement spécialisé ; la loi de 1968 la désolidarise d'un tel contexte de soins pour instituer un régime de droit commun aux incapables majeurs, quelle que soit l'origine de leur incapacité à administrer leurs biens.

1. La loi de 1838, une protection civile spécifique

Jusqu'en 1968, il existe en dehors de la situation d'internement deux procédures judiciaires de limitation de la capacité civile : l'interdiction et la dation en conseil judiciaire. Nous allons en restituer les principes.

L'interdiction³²², indépendante de l'internement, est alors réglementée jusqu'en 1968 par l'article 489 du Code Civil qui disposait que :

“ Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides ”.

³²⁰ Procès verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, p. 35 et p. 32 (Archives DGS).

³²¹ L'indépendance du régime de protection et du traitement médical, le rôle pivot du juge des tutelles, le rôle décisif du médecin dans la décision de protection et son rôle consultatif dans son application, l'individualisation de l'incapacité par la diversité des régimes de protection.

³²² Les personnes qui avaient le Droit de provoquer l'interdiction étaient les parents ou le conjoint ou le ministère public (dans le cas de fureur, le ministère public devait provoquer l'interdiction du malade si l'époux ou les parents s'abstenaient de le demander ; en revanche, dans le cas d'imbécillité ou de démence, l'action n'était recevable que si l'aliéné n'avait ni époux ni parents connus, ancien article 491 du Code Civil). La procédure de l'interdiction se divisait en deux phases : la première était déclenchée par une requête adressée au président du Tribunal de Grande Instance et se déroulait en chambre du conseil, on procédait à la convocation du conseil de famille et à l'interrogation de l'aliéné. La seconde phase, introduite par une assignation, se déroulait en audience publique et comportait des mesures d'instruction (enquête ou expertise médicale par exemple). Le jugement qui était rendu en audience publique faisait l'objet de diverses mesures de publicité. Une fois prononcée, l'interdiction entraînait une incapacité juridique quasi totale. En effet, si l'interdit pouvait accomplir certains actes extra-patrimoniaux (mariage, action en divorce, adoption...), il devait sur le plan patrimonial être représenté par un tuteur sous peine de nullité de ses actes (ancien article 502 du Code Civil).

A défaut de définition légale, les tribunaux apprécient souverainement les manifestations caractéristiques des états "d'imbécillité, de démence ou de fureur". Le régime de l'interdiction est très vite tombé en désuétude en raison de son coût, de sa durée, et de l'impossibilité pour le procureur de la République de la prononcer sauf en cas de fureur du malade et à condition que la famille s'en désintéresse.

La question de l'interdiction suscite de vifs débats parlementaires de 1837 à 1838 : d'un côté, on trouve ceux qui défendent un système de protection des biens de l'interné indépendant de la procédure d'interdiction ; de l'autre, une volonté de substituer l'interdiction administrative à l'interdiction judiciaire. Finalement, la loi de 1838 rend les questions relatives au placement des aliénés complètement indépendantes de la poursuite d'interdiction.

Quant à la dation d'un conseil judiciaire prévue par le Code Civil de 1804, elle correspond à un système de demi-incapacité obligeant le malade à agir seulement avec l'assistance d'un conseil³²³. La dation d'un conseil judiciaire peut être demandée par les mêmes personnes que pour l'interdiction et la procédure est identique. Le Code Civil sera interprété de manière extensive par la jurisprudence qui l'appliquera à tous ceux qu'une infirmité physique ou morale empêche de gérer correctement leur patrimoine, et qui étend à tous les actes patrimoniaux excédant les limites d'un acte d'administration ceux nécessitant l'assistance d'un conseil. Bien plus, les tribunaux se reconnaissent peu à peu le droit de réduire les dépenses qu'ils jugeaient excessives. Comme l'interdiction, l'institution d'un conseil judiciaire ne cessera de décliner car que beaucoup de malades mentaux hospitalisés sont soumis du même coup à la législation de 1838.

Avant 1968, le système est donc le suivant : l'internement dans un hôpital psychiatrique public rend donc le malade présumé incapable et le place sous un régime spécial quant à la gestion de ses biens, indépendamment du fait qu'il est hospitalisé en établissement public ou privé³²⁴. En cas d'internement, les biens du malade sont gérés provisoirement par un administrateur légal choisi³²⁵ en son sein par la commission de

³²³ Ce statut entraînait pour celui qui en était frappé l'impossibilité de plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier, en donner décharge, aliéner ou grever ses biens d'hypothèques, sans l'assistance d'un conseil nommé par jugement (anciens articles 499, 514 et 515 du Code Civil).

³²⁴ Dans les établissements psychiatriques publics, les biens du malade étaient placés sous un régime d'administration provisoire légal ou datif, ou soumis à un mandataire ad litem. Le régime d'administration provisoire légal, le plus fréquent, impliquait le choix d'un administrateur, chaque année, en son sein, par la commission de surveillance de l'hôpital psychiatrique, pouvant procéder au recouvrement des créances des malades et à l'acquittement de leurs dettes, à la conclusion de baux inférieurs à trois ans, à la vente du mobilier avec l'autorisation du tribunal et au placement des sommes restées disponibles, article 31 de la loi de 1838. L'administrateur légal pouvait également représenter les malades dans les inventaires, comptes, partages et liquidations. La loi du 3 mai 1841 lui conféra également le Droit de représenter l'aliéné pour consentir en son nom une cession amiable de terrain ou d'immeubles bâtis dont l'acquisition est faite dans un intérêt public. La loi du 27 février 1880 reconnaîtra à l'administrateur légal les mêmes pouvoirs qu'au tuteur du mineur ou de l'interdit. Divers actes importants échappaient à la décision de l'administrateur légal de sorte qu'il devait faire preuve d'ingéniosité pour que les actes de dispositions indispensables fussent accomplis néanmoins

³²⁵ "L'interné ne peut gérer ses biens et se voit remplacé par un administrateur provisoire", Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés, Section 4, articles 31 à 37 de la loi du 30 juin 1838.

surveillance de l'hôpital psychiatrique, soit par un administrateur provisoire judiciaire ou datif, un mandataire ad litem³²⁶, soit par le curateur³²⁷. Dans les établissements purement privés ou dans ceux faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, le malade mental ne bénéficie d'aucune protection particulière, sauf si les tribunaux ont nommé un représentant judiciaire, à la demande du conjoint, des parents ou du procureur de la République. Une telle désignation, coûteuse, est rarement sollicitée.

Quant aux malades mentaux, dits " libres ", c'est-à-dire non internés, soignés à domicile ou dans des cliniques psychiatriques dites libres, traités dans les services neuro-psychiatriques des hôpitaux généraux ou les services ouverts des hôpitaux psychiatriques publics, ils sont très mal protégés.

En posant une présomption de démence simple pour tous les actes passés par un aliéné non interdit pendant son internement, l'article 39 de la loi de 1838 aboutit pratiquement, à frapper les aliénés, du seul fait de leur internement, d'une incapacité générale et permanente presque aussi étendue que celle résultant d'un jugement d'interdiction, tant dans les établissements privés que publics³²⁸. Elle instaure un régime d'administration provisoire des biens des aliénés internés mais non interdits, régime qui continua d'être appliqué après la nouvelle législation de 1968 pendant encore cinq années.

Avec la loi du 3 janvier 1968³²⁹, le régime des biens du malade mental est réglementé par l'article 489-2 du Code Civil³³⁰. Concrètement, alors que la loi de 1838 attache au seul fait du placement de l'aliéné dans un hôpital psychiatrique des effets voisins de ceux de l'interdiction, la loi du 3 janvier 1968 pose le principe d'indépendance entre le traitement médical du malade mental et le régime de protection qui lui est applicable.

³²⁶ Il est spécialement désigné par le tribunal pour chaque litige dans lequel l'aliéné se trouverait engagé.

³²⁷ L'administrateur provisoire datif, ou judiciaire, était désigné par les tribunaux, sur demande expresse et pour un malade déterminé, de la famille du malade ou de la commission de surveillance de l'hôpital ou du procureur de la République. Les pouvoirs de cet administrateur étaient sensiblement les mêmes que ceux précédemment évoqués mais son existence s'avéra très rare. La loi de 1838 prévoyait dans son article 33 l'existence d'un mandataire ad litem nommé pour tenter une action, mais seulement en cas d'urgence, et pour le temps du litige. La nomination d'un curateur à la personne de l'aliéné était également prévue par le Code de la Santé Publique. Celui-ci devait veiller à ce que les revenus du malade fussent employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison, et à ce que l'intéressé fût rendu au libre exercice de ses Droits aussitôt que la situation l'aurait permis (article L. 352 maintenu par la loi de 1968).

³²⁸ En cas de placement ordonné par l'autorité publique, "une personne, interdite ou non, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes, doit être placée d'office dans un établissement d'aliénés, sur ordre motivé du préfet. *Loi du 30 juin 183*, Titre II (Des placements faits dans les établissements d'aliénés), "Des placements volontaires" (Section 1^{ère}), "Des placements ordonnés par l'autorité publique" (Section 2^{ème}).

³²⁹ Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du Droit des incapables majeurs, JO du 4 janvier 1968.

³³⁰ Article 489-2 du Code Civil : "Celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental, n'en est pas moins obligé à réparation".

2. La loi de 1968, une protection indépendante de l'hospitalisation

La volonté de développer une médecine collective portée par les représentants des médecins des hôpitaux psychiatriques fut conçue comme incompatible avec la dépendance des malades mentaux à un lieu spécifique (l'hôpital psychiatrique) et au corps médical spécifique qui y exerce (les médecins du cadre). Cette position détermina l'ensemble des réactions des médecins des hôpitaux psychiatriques aux propositions émises lors des discussions de la commission de réforme instituée en 1963 par le Garde des Sceaux. Sur la protection des biens, les juristes de la commission de réforme³³¹ souhaitent l'abrogation de la loi de 1838 au profit d'un système dans lequel l'incapacité de fait est indépendante de tout internement ou de toute hospitalisation ; les juristes veulent y ajouter la possibilité de désigner un mandataire, dans des cas précis et des limites très strictes. L'autorité compétente en la matière serait le juge des tutelles, après avis du médecin traitant, et audition du malade si son état le permet (l'appel est possible)³³². L'indépendance par rapport aux soins des trois régimes de protection et l'audition facultative du malade par le juge pour décider d'une tutelle ou curatelle suscitent le consensus chez les médecins.

Un point oppose les médecins et le Monsieur Gerthoffer, conseiller du gouvernement, qui souhaite que le médecin ait l'obligation de faire une déclaration à l'autorité publique quand il a connaissance d'une incapacité, dans un souci de rapidité de la procédure. Pour le Docteur Bailly-Salin, d'autres personnes peuvent avoir conscience d'un péril et ce serait une "grave déviation que de donner au seul médecin ce pouvoir"³³³. Ce dernier propose donc que l'administrateur soit "un agent des services publics" qui puisse au besoin prendre contact avec les médecins traitants. Monsieur Gerthoffer suggère alors de distinguer l'administrateur selon que la personne est hospitalisée ou non (un fonctionnaire à l'hôpital, et des personnes spécialisées pour les services libres ou à domicile). Le Docteur Mignot réagit vivement, compte tenu du souhait des médecins des hôpitaux psychiatriques de ne pas rattacher le statut du malade mental à l'hôpital : puisque "ce sont les mêmes malades dehors et dedans", souligne-t-il, la compétence du gestionnaire doit être attachée à un secteur géographique et non à l'hôpital³³⁴.

Les médecins Bailly-Salin, Dechaume, et Mignot, qui ont participé à la commission spéciale de la chancellerie ayant élaboré le projet de loi, réitérèrent leurs arguments aux Journées Psychiatriques de 1966, alors que l'un des représentants du Ministère de la Justice est présent. On apprend notamment à la lecture des comptes-rendus de ces

³³¹ Trois groupes de travail sont constitués par le Ministère de la Justice à la fin de l'année 1963 : un groupe de médecins, un groupe de juristes et un groupe animé par le conseiller du Gouvernement aux affaires judiciaires.

³³² Réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, Procès verbal du 2 mars 1964, p. 1 (Archives DGS).

³³³ Procès verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, p. 30 (Archives DGS).

³³⁴ La loi de 1838 constitue un obstacle à "l'effort pour réintégrer le malade mental dans la communauté", Hubert Mignot, "Le problème législatif", *Livre Blanc de la psychiatrie française*, tome I, Privat, 1965, p. 110.

jours psychiatriques que les médecins des hôpitaux psychiatriques, dont H. Ey, G. Daumézon, et P. Bailly-Salin se font les porte-parole, s'opposent au seul accroc fait au principe de l'indépendance du régime des biens et de l'hospitalisation. En effet, le projet de loi prévoyait que le placement sous sauvegarde de justice devait être automatique en cas d'hospitalisation³³⁵. Ce "résidu" de la loi de 1838, ne résistera pas aux débats parlementaires : dans le texte final de la loi de 1968, le paragraphe tant controversé maintenant le statut civil de l'internement aura disparu³³⁶.

Le principe de désolidarisation entre le régime des biens et le traitement psychiatrique fait l'objet d'un consensus chez les psychiatres avant et après la loi de 1968. Ainsi, parmi les résolutions adoptées par la société de l'Evolution psychiatrique, qui a approuvé à plus de 80% les conclusions du Livre Blanc de la psychiatrie française, formées par la matière même des comptes rendus des Journées Psychiatriques de 1965, 1966, 1967, la motion n°14 juge la loi de 1838 désuète et suggère que soient réglés "les problèmes posés par les malades mentaux dans le cadre de dispositions générales de droit commun, comme ils viennent de le faire dans le cadre du Code Civil"³³⁷. La Motion n°19 indique l'importance de cette exigence de droit commun en réaffirmant "son attachement au principe d'indépendance entre le régime de protection des biens et les modalités du traitement ou les mesures prises pour la défense de la personne"³³⁸.

A-2- LES CRITÈRES MÉDICAUX DE LA PROTECTION CIVILE

L'indépendance de la protection civile et du régime des soins est fondée médicalement de deux façons. Tout d'abord, elle est défendue par les médecins des hôpitaux psychiatriques pour ses raisons thérapeutiques ; ensuite elle est justifiée par le législateur en référence à la parole des médecins. Elle est donc revendiquée par le corps médical d'une part, et d'autre part par les rédacteurs de la nouvelle loi qui requièrent l'avis des psychiatres à titre de caution clinique.

1. Les vertus d'un droit commun

³³⁵ "Il a paru toutefois opportun, dans un souci de prudence, de ne l'appliquer systématiquement, dans un premier temps, qu'aux seuls malades internés dans un hôpital psychiatrique", Projet de loi portant réforme du Droit des incapables majeurs au nom de Monsieur Georges Pompidou, Premier Ministre, par Jean Foyer, Garde des Sceaux, *Documents de l'Assemblée Nationale*, Journal Officiel du 10 avril 1966, Rapport n° 1720, p. 866.

³³⁶ Article 491 du Code Civil issu de la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 : "Peut être placé sous la sauvegarde de justice le majeur qui, pour l'une des causes prévues à l'article 490, a besoin d'être protégé dans les actes de la vie civile". L'article 490 subordonne notamment les mesures de protection à l'altération des facultés mentales médicalement établie, mais ne fait aucune allusion à l'hospitalisation psychiatrique. Le nouvel article 490-1 issu de la loi consacre clairement l'indépendance des modalités du traitement médical, "notamment quant au choix entre l'hospitalisation et les soins à domicile" du régime de protection appliqué aux intérêts civils. Cf. annexe.

³³⁷ *L'information psychiatrique*, volume 44, mai 1968, pp. 481-487.

³³⁸ *Ibid*, pp. 481-487.

Dans le système codifié de 1804, celui de l'interdiction, le fou faisait l'objet d'un véritable procès³³⁹. Dans le système mis en place par la loi de 1838, l'internement était une présomption irréfragable de disparition du discernement. Ainsi, l'article 39 de la loi de 1838 stipulait :

"Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés pendant le temps qu'elle y aura été retenue sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée pourront être attaqués pour cause de démence conformément à l'article 1304 du Code Civil."

Le législateur de 1968 établit l'équivalence entre l'incapacité issue d'une pathologie mentale et celle entraînée par un trouble somatique, indépendamment de l'hospitalisation. La cause médicale de la protection est unique : c'est l'altération des facultés personnelles. Le législateur du 3 janvier 1968³⁴⁰ inclut dans le Code Civil aux articles 488 et suivants un texte "portant réforme du droit des incapables majeurs" abrogeant les dispositions de la loi du 30 juin 1838 concernant l'administration provisoire des biens des aliénés internés et non interdits. Le nouvel article 488 alinéa 2 du Code Civil pose dès lors le principe de la protection de tout majeur "qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts". L'expression "facultés personnelles" traduit la volonté du législateur de ne pas différencier trouble mental, maladies corporelles ou sénilité.

D'après les médecins des hôpitaux psychiatriques, la restitution au patient de sa capacité à gérer ses biens "réalise le concept de la subjectivité dans le moment de la propriété privée"³⁴¹. Aux journées psychiatriques de 1966, se référant aux travaux plus anciens de Daumézon, Mignot et Bonnafé, Henri Ey se réjouit de la réponse apportée par le nouveau projet de réforme déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale répond à une préoccupation récurrente de la profession :

"Dans la pratique courante, l'administration des biens telle qu'elle est réalisée constitue un faisceau de mesures pour le moins superflues et en tout cas extrêmement vexatoires pour le malade" ³⁴².

Force est de constater à la lecture du projet de loi de 1965, que les arguments déployés par les artisans du texte en préparation répondent exactement à ceux avancés par les médecins des hôpitaux psychiatriques³⁴³.

Ainsi, le rapport de Monsieur Pleven issu des travaux de la commission instituée à la

³³⁹ La décision d'interdiction était prise suite à un interrogatoire (article 496 du Code Civil).

³⁴⁰ La loi est signée par le Ministre de la Justice Louis Joxe et le Ministre des Affaires Sociales Jean-Marcel Jeanneney sous le Gouvernement Pompidou.

³⁴¹ Philippe Rappard, *La raison psychiatrique et la raison juridique, op. cit.*, p. 355.

³⁴² **Henri Ey, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française, tome II, Paris, Privat, 1966, p. 115.***

³⁴³ Ils avancent la lourdeur des procédures instituées par la loi de 1838, la vertu thérapeutique du Droit de gérer ses biens pour le malade mental, l'inadaptation de l'automatisme de la protection civile définie par la loi de 1838 à la variété des situations pathologiques et l'exclusion des mesures de protection des malades soignés ailleurs que dans les hôpitaux psychiatriques.

fin de l'année 1963, fait état d'impératifs médicaux³⁴⁴. L'exposé des motifs par le Garde des Sceaux à la séance de l'assemblée nationale du 23 décembre 1965 contient un argument similaire :

"Ce qui domine en la matière, ce sont les transformations de la médecine mentale [...] La psychiatrie formule à l'intention du droit civil un certain nombre de recommandations : écarter de la loi les mesures trop définitives qui écrasent le malade sous un sentiment d'incurabilité, éviter même l'idée d'une incapacité générale enveloppant toute sa personne, ce qui a pour effet de la mettre en état de ségrégation par rapport au reste de la société ; ouvrir un éventail assez large de régimes de gestion [...] car associer le malade à l'administration de ses biens peut être une forme de traitement. Ainsi la loi n'a pas ici simple valeur de commandement ; c'est un cas particulier où elle peut avoir par elle-même une vertu thérapeutique" ³⁴⁵ .

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de juin 1966 considère également que "l'individualisation des régimes de protection (...) confère au projet de loi une vertu thérapeutique"³⁴⁶. Cette "vertu thérapeutique" est directement conçue comme la conséquence d'un rapprochement entre la situation des malades mentaux et celle des autres catégories de malades qui éviterait justement de les soustraire du cadre de la vie sociale normale³⁴⁷. Le champ d'application de la loi ne se réduira effectivement pas au statut des malades mentaux mais inclura à leurs côtés les personnes âgées atteintes de sénilité, les majeurs déficients ou inadaptés, et les personnes atteintes d'une incapacité corporelle. Philippe Rappard rappelle d'ailleurs que les débats préalables à l'adoption de la loi sont marqués par le souci d'intégrer à ces catégories "les toxicomanes, les personnes en proie au désespoir, à la colère ou à la passion et même les grévistes de la faim"³⁴⁸.

2. Une caution clinique pour un nouveau droit

Il ne suffit pas que l'association du malade mental à la gestion de ses biens soit souhaitable, encore faut-il qu'elle soit possible. Il faut donc que les autorités médicales fondent cette participation du malade à une telle gestion sur l'indépendance entre la

³⁴⁴ Rapport de Monsieur Pleven au nom de la commission des lois n°1891, discuté à l'Assemblée nationale les 20 et 21 décembre 1966.

³⁴⁵ *Exposé des motifs par M. Foyer, garde des sceaux, séance de l'Assemblée nationale du 23 décembre 1965, Projet de loi portant réforme du Droit des incapables majeurs au nom de Monsieur Georges Pompidou, Journal Officiel, 10 avril 1966, op. cit., p. 865.*

³⁴⁶ Avis n°1954 de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales présenté par M. Chalopin, séance du 21 juin 1966, p. 1382.

³⁴⁷ Rapport de Monsieur Pleven au nom de la commission des lois n°1891, discuté à l'Assemblée Nationale les 20 et 21 décembre 1966.

³⁴⁸ Philippe Rappard, *La raison psychiatrique et la raison juridique, op. cit.*, p. 313.

gravité de la pathologie mentale et l'incapacité civile.

Le recours à l'expérience clinique des médecins des hôpitaux psychiatriques vient en appui de leur réponse à Monsieur Gerthoffer lorsqu'il propose en 1964 un droit qui décrirait la catégorie de personnes intéressées par la législation nouvelle. Hubert Mignot lui rétorque ainsi qu'"une part importante des malades mentaux, même graves, peuvent gérer leurs biens"³⁴⁹. Aux Journées psychiatriques de 1966, le Docteur Bailly-Salin reprend l'argumentation de Hubert Mignot : la pathologie n'implique pas nécessairement une inaptitude à gérer ses biens.

En outre, les médecins des hôpitaux psychiatriques insistent non seulement sur l'indépendance entre la capacité civile et la gravité de la pathologie mais sur l'impossibilité d'indexer l'incapacité sur la situation de cure. Ainsi, Hubert Mignot, chargé en 1965 aux Journées psychiatriques d'exposer le projet de réforme qui débouchera sur la loi de 1968, justifie la nécessité de modifier les dispositions de la loi de 1838 sur la protection des biens non seulement par l'incommodité des procédures, mais surtout par l'exclusion de ce régime des malades mentaux non pris en charge par des établissements relevant de la législation spéciale de 1838. Le législateur reconnaîtra que le développement de services libres, des sorties d'essai, des thérapeutiques de séjour plus ou moins brefs, des soins à domicile, imposent de dissocier l'hospitalisation du régime de protection des biens.

Le Garde des Sceaux conforte l'analyse du Docteur Mignot lorsqu'il attribue la baisse du nombre de décisions prononçant l'interdiction ou nommant un conseil judiciaire, moins par la lourdeur des procédures³⁵⁰ que par leur inadaptation aux développements récents de la médecine mentale. Mais ici, c'est moins la vertu thérapeutique de la capacité à gérer ses biens qui est mise en avant que le décalage des termes de la loi par rapport aux catégories pathologiques en vigueur :

"Ces dispositions élaborées à une époque où la démence apparaissait comme une notion bien définie, privant l'individu de toute capacité, ne paraissent plus conformes à notre conception des troubles ou déséquilibres susceptibles de revêtir une forme et une gravité variable selon les individus"³⁵¹.

Monsieur Jozeau-Marigué, rapporteur de la Commission des lois au Sénat en 1967, requiert l'avis des spécialistes³⁵² pour la modification des critères de l'interdiction du Code Civil et conclue que :

"La définition des causes que donne le Code Civil n'a plus guère de valeur, ni médicale, ni juridique. La pathologie mentale a fait, depuis la rédaction du Code, de tels progrès, qu'aux yeux des spécialistes les trois cas envisagés sont à la

³⁴⁹ Procès verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, p. 29 (Archives DGS).

³⁵⁰ Le nombre d'interdictions passe de 775 à 452 entre 1880 et 1961, celui des datations en conseil judiciaire de 317 à 180 dans la même période ; *Projet de loi portant réforme du Droit des incapables majeurs* au nom de Monsieur Georges Pompidou, 1^{er} Ministre, par Jean Foyer, Garde des Sceaux, Documents de l'Assemblée Nationale, *op. cit.*, p. 865.

³⁵¹ *Projet de loi portant réforme du Droit des incapables majeurs, op. cit., p. 865.*

³⁵² La commission spéciale comptait trois psychiatres : le professeur Dechaume, et les Docteurs Mignot et Bailly-Salin.

fois faux et insuffisants (imbécillité, démence, fureur)".³⁵³

C'est pourquoi le Garde des Sceaux opte pour un dispositif souple devant répondre à l'individualisation de l'incapacité en fonction de la diversité pathologique d'une part, et de la diversité thérapeutique issue des premiers développements de la sectorisation d'autre part³⁵⁴.

Les travaux préalables à l'adoption de la loi du 3 janvier 1968 signalent une valorisation politique de l'expertise médicale. Nous allons préciser le contexte et la teneur d'une telle valorisation. Le groupe animé en 1964 par le conseiller du gouvernement propose un système de contrôle qui échapperait aux magistrats de droit commun pour être dévolu à un organisme, le conseil départemental et national de protection des majeurs déficients, chargé de prendre toute décision d'hospitalisation obligatoire d'une durée supérieure à huit jours, et toute mesure de protection des biens³⁵⁵. Ce projet prévoit qu'un administrateur ou un gérant, assure la protection des biens sous le contrôle de ce Conseil de protection³⁵⁶. Monsieur Gerthoffer formule son souhait de désigner un médecin faisant partie intégrante du Conseil de protection, médecin susceptible d'être envoyé à l'hôpital ou au domicile sur place pour se rendre compte de l'état de santé et de la situation du malade. Les médecins des hôpitaux psychiatriques, par la voix du Docteur Mignot, préféreraient que le médecin traitant puisse être consulté le cas échéant. La loi du 14 décembre 1964 avait créé une nouvelle institution : celle du juge des tutelles, conçue comme le pivot du système de protection des mineurs. Le sénat souhaite limiter son rôle à l'application des mesures de tutelle et limiter la décision de l'incapacité au Tribunal de grande instance. Le gouvernement optera pour un rôle élargi du juge des tutelles qui devra décider de l'incapacité mais également de sa forme. Lorsque le conseiller du gouvernement préconise un système souple donnant au juge le pouvoir de fixer les limites des prérogatives de l'administrateur, et ce, pour une adaptation de la protection aux différentes situations, particulièrement de fortune, les médecins ne peuvent qu'approuver une telle proposition³⁵⁷. En outre, les médecins et le Garde des Sceaux tombent d'accord sur le principe de l'association éventuelle du malade à la gestion de ses biens, même dans l'hypothèse d'une tutelle, ainsi que sur la possibilité pour le juge de choisir entre le conjoint, la famille, un tiers ou l'administrateur officiel (avec nécessité de reddition de comptes), quel que soit le régime en cause³⁵⁸. Il convient de rappeler qu'à l'époque, le régime de l'interdiction impose une gestion de la protection exclusivement familiale ; les

³⁵³ *Rapport de Monsieur Jozeau-Marigné au nom de la commission des lois n°237, Sénat, séance du 9 mai 1967, pp. 9-10.*

³⁵⁴ Retenons pour l'instant que la politique de sectorisation, réglementée par une circulaire de 1960, vise le développement de structures psychiatriques extra-hospitalières.

³⁵⁵ Les mesures concernant la personne et les biens sont dissociées mais un même organisme est compétent pour prendre toutes les décisions.

³⁵⁶ Procès verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, p. 23 (Archives DGS).

³⁵⁷ *Rapport de Monsieur Gerthoffer sur les handicapés et déficients mentaux*, mission confiée le 5 décembre 1963, Procès verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, p. 21 (Archives DGS).

médecins, qui la jugent préjudiciable au patient dans certains cas lui préfèrent un conseil de tutelle qui comprendrait des personnes "non familiales"³⁵⁹.

Quant au rôle attribué au médecin traitant, l'amendement déposé par Monsieur Pleven en première lecture introduit la compétence médicale dans l'établissement de l'altération des facultés mentales ou corporelles³⁶⁰. La commission des Affaires sociales du Sénat exigera l'expertise obligatoire d'un collège de trois médecins. La loi du 3 janvier 1968 donnera finalement un rôle important à deux médecins : le médecin traitant, psychiatre ou non, devant donner un avis circonstancié sur l'opportunité de la mesure en tenant compte de l'aspect clinique, psychologique et social, et le médecin agréé, habituellement psychiatre, appelé en qualité d'expert pour donner un avis technique au juge. Le psychiatre hospitalier sera parfois amené à avoir la double position de médecin traitant et de médecin expert.

L'article 490-1 du Code Civil, après avoir consacré le principe d'indépendance entre les modalités du traitement médical et le régime de protection appliqué aux intérêts civils, fait en effet précéder les décisions par lesquelles le juge des tutelles organise la protection des intérêts civils "de l'avis du médecin traitant". Dans le cadre d'une décision de curatelle ou de tutelle, le juge se fonde sur l'avis du médecin traitant pour énumérer certains actes que la personne en curatelle ou sous tutelle aura la capacité de faire seule ou à l'inverse, ajouter d'autres actes à ceux pour lesquels la loi exige l'assistance du curateur³⁶¹. Le juge des tutelles peut l'appeler à participer au conseil de famille à titre consultatif³⁶². L'avis du médecin spécialiste est requis pour l'ouverture d'une tutelle, d'une curatelle ou d'une sauvegarde de justice³⁶³. Ainsi, l'évaluation de l'incapacité totale en cas de tutelle, partielle en cas de curatelle et légère en cas de sauvegarde de justice, se fondera sur la constatation médicale de l'altération des facultés personnelles³⁶⁴.

³⁵⁸ Docteur Bailly-Salin, Procès verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, p. 24 (Archives DGS).

³⁵⁹ Docteur Bailly-Salin, Procès verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, p. 27 (Archives DGS).

³⁶⁰ Article 490, 3^{ème} alinéa du Code Civil : "L'altération des facultés mentales ou corporelles doit être médicalement établie" (Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du Droit des incapables majeurs).

³⁶¹ Articles 501 et 511 du Code Civil.

³⁶² Article 496-2 du Code Civil. L'avis du médecin traitant est indispensable à la décision de mariage d'un majeur sous tutelle d'après l'article 506.

³⁶³ Article 493-1 du Code Civil : "Le juge ne peut prononcer l'ouverture d'une tutelle que si l'altération des facultés mentales ou corporelles du malade a été constatée par un médecin spécialiste choisi sur une liste établie par le procureur de la République". Article 509 : "La curatelle est ouverte et prend fin de la même manière que la tutelle des majeurs". Article 326-1 : "Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du Code Civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous la sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un médecin spécialiste".

B. Les dérives d'une compétence psychiatrique en matière d'assistance

Plusieurs phénomènes signalent une sorte de dérive de la pratique de la loi de 1968 vers une logique d'assistance. Tout d'abord, on repère une inflation des mesures de protection. Ensuite, l'extension de l'expertise médicale dans la décision de protection, conjuguée au développement de services de tutelle à l'hôpital permet de conclure à l'implication grandissante du personnel hospitalier dans le destin social de la personne protégée. Enfin, l'extension de la compétence sociale du psychiatre, renforcée par des politiques sociales créant de nouvelles allocations financières aux personnes, achève de faire de l'hôpital et du psychiatre des régulateurs "sociaux".

B-1- VERS UNE PROTECTION DE LA PERSONNE

Un double mouvement a marqué la pratique du régime des tutelles : le premier d'ordre quantitatif réside dans l'inflation des mesures de protection à proprement parler ; le second, d'ordre qualitatif, correspond à l'extension de l'expertise pratiquée par le psychiatre quant au choix de telles mesures.

1. L'inflation des mesures de protection

La protection prévue par la loi de 1968 peut s'exercer soit "à l'occasion d'un acte particulier" soit "de manière continue" et selon trois modalités : la tutelle, la curatelle et la sauvegarde de justice. Qu'il s'agisse de telle ou telle forme de tutelle (la tutelle complète, l'administration légale sous contrôle judiciaire ou la tutelle en gérance), le malade est frappé d'une incapacité en principe totale ; les actes passés par le malade postérieurement à l'ouverture de la tutelle peuvent être annulés de droit³⁶⁵. Les actes antérieurs peuvent être annulés si la cause qui a déterminé l'ouverture de la tutelle existait notoirement à l'époque où ils ont été faits³⁶⁶.

La curatelle est un régime de demi-incapacité, comme l'ancienne dation de conseil judiciaire. L'incapacité qui atteint le malade sous curatelle ne concerne que certains actes, ceux qui sous le régime de la tutelle des majeurs requerrait une autorisation du conseil de famille, et impose, non sa représentation mais son assistance par le curateur. Le malade ne peut pas, en outre, recevoir des capitaux et en faire emploi sans l'assistance de son curateur. Les actes, effectués sans l'assistance du curateur mais qui auraient dû être passés avec elle, peuvent être annulés par le malade ou son curateur³⁶⁷.

³⁶⁴ Article 490, alinéa 3 du Code Civil.

³⁶⁵ Article 502 du Code Civil. Cependant, le juge des tutelles peut déroger au principe de l'incapacité complète du malade en tutelle en énumérant certains actes que la personne protégée aura la capacité de faire seule ou avec l'assistance du tuteur ou de la personne qui en tient lieu d'après l'article 501 du Code Civil.

³⁶⁶ Article 503 du Code Civil.

³⁶⁷ Article 510-1 du Code Civil.

Malgré l'institution de mesures "à la carte" par la loi de 1968, les mesures classiques continuent à être largement prononcées³⁶⁸. Dans le secteur 27 à Paris, le nombre de tutelles représente 66,6% des mesures de protection en 1990 et 37,6% en 1999. Le nombre de sauvegardes de justice est très faible sur la même période (entre 3 et 5) et le nombre de curatelles triple quasiment en valeur absolue pour atteindre un niveau proche de celui des tutelles. Ces données confirment la faible utilisation globale de la sauvegarde de justice³⁶⁹. Sur l'aspect proprement quantitatif des mesures de protection, un rapport d'enquête officiel sur les tutelles commandé en 1998 conjointement par trois Ministères, et motivé par l'accroissement important de la prise en charge des frais par l'Etat³⁷⁰ constate la croissance exponentielle des mesures de tutelle et de curatelle depuis le début des années 1990 (34.598 en 1990 et 49.941 en 1996) comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 2 : Evolution des mesures de protection, 1990-1996

	1990	1996	Variation 96/90 en %
Nombre total de demandes d'ouverture d'une mesure de protection	51 343	75 532	47,1%
Placement sous tutelle	22 947	26 410	15,1%
Placements sous curatelle	11 650	23 531	102,0%
Nombre total de jugements rendus	34 597	49 941	44,4%

Source : Répertoire général civil (Ministère de la Justice), Rapport "Le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs", p. 8.

Les décisions se banalisent en fait autour de deux régimes principaux : la tutelle ordinaire et la curatelle avec perception des revenus ; le recours à la loi de 1968 est bien plus fréquent que les mesures d'interdiction et de conseil judiciaire précédemment en vigueur³⁷¹. Sur l'aspect qualitatif, le rapport montre que dans 58% des cas, c'est la famille qui prend en charge la gestion du patrimoine du majeur incapable. Le reste, soit dans 41% des cas, se répartit sous l'appellation générale de "gestion confiée à des tiers".

³⁶⁸ Monsieur Jean-Pierre Perpoil, gérant de tutelle, "La pratique institutionnelle aujourd'hui", Colloque "La protection des Majeurs" (Lille 20 et 21 mars 1998) organisé par l'Association Française de Psychiatrie et l'Association régionale de Psychiatrie du Nord Pas-de-calais.

³⁶⁹ Toutefois, il convient de relativiser ces chiffres dans la mesure où subsiste pour le début des années 1990 une part conséquente de cas non renseignés ; celle-ci est quasiment négligeable pour les années récentes.

³⁷⁰ Jean-Baptiste de Foucauld, Inspecteur générale des finances, Michel Tremois, Inspecteur général des Affaires Sociales, *Rapport d'enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs*, Paris, Ministère de la Justice, 1998.

³⁷¹ Avant 1968, 300 interdictions et 150 conseils judiciaires sont prononcées en moyenne par an ; en 1980, 22000 mesures de tutelle et 2800 mesures de curatelle sont prononcées (Philippe Rappard, Monique Bucher-Thizon, *La raison psychiatrique et la raison juridique, op. cit.*, p. 303). En 1964, alors que fut proposé un régime de tutelle aux salaires comparables à la tutelle aux prestations sociales, Hubert Mignot formulait déjà sa crainte d'une extension extraordinairement large (Procès verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, p. 25, Archives DGS).

Le rapport de 1998 attribue à "l'érosion des principes fondateurs"³⁷² cette explosion des mesures de protection. En premier lieu, c'est l'affaiblissement du critère légal d'altération des facultés personnelles qui est pointé³⁷³. Autrement dit, la décision des juges est plus basée pour les auteurs du rapport sur la situation sociale de l'intéressé que sur l'altération de ses facultés. L'usage d'addictifs, la situation conjugale ou professionnelle, ou encore le surendettement sont désignés comme autant de situations donnant désormais lieu à une mesure de protection³⁷⁴. La mission attribue l'augmentation des mesures de protection à un accroissement de la "déliasion sociale", aux carences du travail social, et à l'absence d'une "véritable politique publique des tutelles et curatelles, tant au niveau national que local"³⁷⁵ : le transfert de clientèle se serait accentué avec l'augmentation de la population âgée, notamment féminine³⁷⁶, l'augmentation des ménages bénéficiant de minima sociaux et la mise en place progressive de la sectorisation depuis 1960. D'après l'étude de 200 dossiers de majeurs bénéficiaires d'une mesure d'Etat, exploités dans les cabinets de divers juges des tutelles, la mission interministérielle évaluée en 1998 à 35% la part des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapés.

2. L'extension de l'expertise médicale

D'après la mission, "la pièce maîtresse du dossier d'instruction est constituée par une expertise psychiatrique, effectuée par un médecin spécialiste inscrit sur la liste établie par le procureur de la République, que de nombreux juges ordonnent presque systématiquement"³⁷⁷. Le juge aurait donc tendance à s'appuyer essentiellement sur les médecins et les associations tutélaires. Dans neuf cas sur dix, il est admis par tous les magistrats rencontrés par la mission que l'avis du médecin spécialiste est suivi non seulement pour le choix de la mesure mais encore pour le mode de gestion préconisé. Les juges consultés par la mission précisent même que l'avis médical peut être assez précis pour rendre presque inévitable la protection recommandée. En outre, la plupart des magistrats rencontrés ne cachent pas leur propension à donner satisfaction aux demandes formées par leur partenaire associatif "tout en sachant que dans la plupart des cas ces demandes n'obéissent qu'à des considérations financières"³⁷⁸. La mission tient donc partiellement pour responsable les médecins, qui "auraient une assez forte

³⁷² *Rapport d'enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs, op. cit.*, p. 29.

³⁷³ *Ibid*, pp. 29-30.

³⁷⁴ Lors des débats parlementaires préalables à l'adoption de la loi de 1968, le secrétaire d'Etat à l'économie et aux finances, avait déjà envisagé l'extension du champ d'application à tous ceux pour lesquels une aide extérieure pouvait s'avérer utile.

³⁷⁵ *Rapport d'enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs, op. cit.*, pp. 36-37.

³⁷⁶ Selon le Ministère de la Justice, les demandes d'ouverture concernant les personnes âgées de 80 ans et plus sont passées de 10 270 (19 % du total) en 1991 à 16 285 (24 %) en 1996, *Ibid*, p. 37.

³⁷⁷ *Ibid*, p. 41.

propension à préférer les tutelles et curatelles d'Etat aux mesures familiales quand bien même elles seraient possibles"³⁷⁹.

Le rapport d'enquête officiel sur les tutelles commandé en 1998 conjointement par trois ministères constate la professionnalisation des services de tutelle dans nombre d'établissements hospitaliers ou de long séjour, assurant notamment un suivi dans des structures extérieures ou au domicile. La gérance de tutelle, instituée par la loi du 3 janvier 1968, définissait une sorte d'équivalent à l'ancienne administration provisoire des biens prévue par la loi de 1838 : le juge des tutelles, constatant l'inutilité de la constitution complète d'une tutelle, peut se borner à désigner comme gérant de la tutelle, sans subrogé-tuteur ni conseil de famille, soit un préposé appartenant au personnel administratif de l'établissement de traitement, soit un administrateur spécial, choisis dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'État³⁸⁰. Dans le cadre d'une gérance de tutelle, le forfait hospitalier peut être imputé sur les ressources du majeur protégé. Le préposé désigné a des pouvoirs restreints à la perception des revenus de la personne protégée, à leur application à l'entretien et au traitement de celle-ci³⁸¹.

Or, avec le développement du secteur, le préposé est appelé à gérer un patrimoine et à installer le patient chez lui et pour cela les actes à accomplir excèdent ses pouvoirs. Le rapport de médecine légale établi en 1990 déplore que la tutelle en gérance, soit devenue la règle : ce régime de protection, ainsi que les curatelles assurées par les préposés des établissements contribueraient à "chroniciser le patrimoine autant que le malade"³⁸². Les héritiers de l'ex "administration provisoire des biens des malades mentaux" qui, avant 1968, représentaient les "aliénés non-interdits" correspondent aujourd'hui aux préposés gérants de tutelle issus de la loi de 1968, qui sont pratiquement les seuls à ne faire l'objet d'aucun agrément des autorités de justice³⁸³.

Par ailleurs, depuis la loi de 1968, la protection des biens du malade mental s'est élargie à une protection de la personne comme en témoigne l'arrêt de la Cour de cassation du 18 avril 1989³⁸⁴ énonçant que les régimes civils d'incapacité ont pour objet de pourvoir à la protection de la personne et les biens de l'incapable. L'arrêt du 24 février 1993 complète cette position en faisant du gérant de tutelle "un tuteur de la personne du

³⁷⁸ *Ibid*, p. 44.

³⁷⁹ *Rapport d'enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs, op. cit.*, p. 36.

³⁸⁰ Article 499 du Code Civil.

³⁸¹ Article 500 du Code Civil.

³⁸² Philippe Rappard, *La raison psychiatrique et la raison juridique, op. cit.*, p. 357.

³⁸³ Monsieur Jean-Pierre Perpoil, gérant de tutelle, "La Pratique institutionnelle aujourd'hui», Colloque "La protection des Majeurs" (Lille 20 et 21 mars 1998) organisé par l'Association Française de Psychiatrie et l'Association régionale de Psychiatrie du Nord Pas-de-calais.

³⁸⁴ Cour cass., Civ. 1, 18 avril 1989, JCP 1990, II, 21467.

majeur"³⁸⁵.

La loi de 1990 légalisera l'existence d'un curateur à la personne pour les majeurs internés ne bénéficiant pas d'une mesure de protection prévue par la loi de 1968³⁸⁶. Ainsi, un article L.329 du Code de la Santé Publique dispose que :

"Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du Code Civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements visés au chapitre II"

Un membre du personnel de l'établissement peut être gérant de tutelle, conformément aux dispositions du Code Civil³⁸⁷. La possibilité pour le patient, son conjoint, l'un de ses parents ou de toute personne agissant dans son intérêt du malade, le procureur de la République, de demander au tribunal la nomination d'un curateur à la personne du malade hospitalisé sans son consentement, et n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection, contribue à une sorte de retour à la dépendance entre l'hospitalisation contrainte et la protection civile³⁸⁸.

En outre, la loi du 27 juin 1990 oblige le médecin, s'il constate que la personne hospitalisée sans son consentement doit être protégée dans les actes de la vie civile, à en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice³⁸⁹.

Initialement, la gérance de tutelle était considérée comme la forme appropriée à un patrimoine peu important, la tutelle d'Etat étant réservée à l'administration de tutelles complexes. Aujourd'hui pourtant, la gérance de tutelle est le plus souvent utilisée lorsque le patrimoine de l'incapable est important. A l'inverse, la tutelle d'Etat est plus facilement prononcée pour des "cas sociaux" dont les patrimoines sont quasi inexistants. Le recours à la saisine d'office, qui constitue pour le juge une simple faculté relevant de son pouvoir discrétionnaire est en fait devenu une pratique très répandue. Il représente ainsi, d'après les constatations de la mission, le principal mode d'ouverture des procédures de protection au détriment de la priorité conférée aux requêtes d'origine familiale par l'article

³⁸⁵ Cour cass., Civ. 1, 24 février 1993, *Revue trimestrielle de Droit civil*, Dalloz 1993, n°1, p. 327.

³⁸⁶ Article L 330 du Code de la Santé Publique. En 1984, l'avant projet modifiant les conditions d'hospitalisation non volontaire prévoyait déjà que, si l'hospitalisation est supérieure à 3 mois, le tribunal nommera en chambre du conseil un curateur à la personne, lequel pourra exercer le Droit de recours à la place du malade.

³⁸⁷ L'amendement du groupe PC n°131 propose l'interdiction pour un membre du personnel de l'hôpital d'être tuteur. Le député Jacques Toubon trouve l'amendement anti-social. Le gouvernement y est défavorable. Il est rejeté. *Débats Parlementaires*, Assemblée nationale, 42ème séance, Compte-rendu intégral, 1ère séance, 15 mai 1990, discussion du projet de loi n°1291 adopté par le Sénat, p. 1336.

³⁸⁸ "Ce curateur veille : 1° à ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ; 2° à ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses Droits aussitôt que son état le permettra" (article L. 330 du Code de la Santé Publique).

³⁸⁹ Article L. 327 du Code de la Santé Publique. Le préfet doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

493 du Code Civil³⁹⁰. Selon les tribunaux inclus dans l'échantillon d'observation, le taux des saisines d'office oscille entre 60 et 90% des procédures ouvertes. Au plan national, ce taux se situe à 56,1%. Ce phénomène est attribué à la multiplication et la diversification des signalements effectués sur le fondement de l'article 493 alinéa 2 du Code Civil et plus systématiquement particulièrement après une procédure de signalement à l'occasion des sorties de centres hospitaliers spécialisés. Dans ce cadre, une telle pratique relève d'une stratégie des intervenants sanitaires et sociaux ayant en charge la personne (assistantes sociales polyvalentes de secteur, Caisses d'allocation familiales, bailleurs sociaux, éducateurs, etc.). Le fait que le juge des tutelles fasse appel à une association pour la gestion des biens à proprement parler, en cas de pénurie de gérants de tutelle ou par méfiance à leur égard, témoigne de la généralisation de la gérance de tutelle³⁹¹.

Face à cette pratique de la loi, le groupe de travail interministériel auteur du rapport de 1998, constatant que l'évaluation médico-sociale du besoin de protection se base en général sur l'établissement du certificat médical constatant l'altération des facultés mentales, souhaite attribuer cette expertise au réseau de professionnels et équipes impliqués dans le parcours du patient.

B-2- L'HÔPITAL ET LE PSYCHIATRE COMME RÉGULATEURS SOCIAUX

Deux phénomènes contribuent à faire de l'hôpital et du psychiatre qui y travaillent des "régulateurs sociaux" : l'extension de la mission soignante à des aspects sociaux touchant la personne malade et l'influence d'une politique sociale se développant dans les années 1970 et 1980.

1. L'extension de la compétence sociale du psychiatre

En présence de patients présentant de graves troubles de la personnalité dont on sait qu'ils vont persister pendant un certain temps, le psychiatre hospitalier dans sa mission de réhabilitation sociale, mission prévue par le Code de la Santé Publique, tient compte dans le bilan clinique du volet socio-économique³⁹², c'est-à-dire des conditions sociales de vie du patient et de sa capacité à gérer son quotidien. D'après Thierry Fossier, magistrat, malgré le fait que la Cour de cassation accorde une importance seconde à la pathologie dans l'évaluation sociale et économique de la conduite du majeur, les certificats médicaux dictent au juge la conduite à tenir dans 80% des cas. La loi de 1968 aurait ainsi été intégrée dans des stratégies d'intervenants sociaux : le juge "ouvre droit à une prestation sociale requise par d'autres puis s'éclipse" de sorte qu'il perd son identité alors que le médecin a fait prévaloir la sienne³⁹³.

³⁹⁰ Rapport d'enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs, *op. cit.*, pp. 38-39.

³⁹¹ Ce choix résulte également de la volonté des juges des tutelles de limiter le coût pour l'Etat de la prise en charge des mesures de protection.

³⁹² Docteur Bernard Neyrink, psychiatre, "La pratique de la protection des majeurs au sein d'un établissement hospitalier", Colloque "La protection des Majeurs", *op. cit.*

Plusieurs critiques s'élèvent quant à la transformation du rôle des psychiatres. D'une part, l'augmentation des demandes en raison du chômage ou du surendettement, amène le psychiatre, ainsi que le juge, à "exercer un rôle de régulateurs sociaux, alors même que la mise en place de la mesure doit être la conséquence d'un trouble médicalement défini" et qu'"il n'y a pas de correspondance nécessaire entre le régime patrimonial et la place laissée à l'autonomie en matière personnelle"³⁹⁴.

D'autre part, la loi de 1968, qui impose le partenariat entre la famille, l'équipe soignante, les partenaires sociaux et le délégué de tutelle constituerait un obstacle à la mise en place de l'espace transitionnel du patient, à "l'introduction dans l'établissement des rôles et des fonctions nécessaires à l'effet de tiers"³⁹⁵. Cette dernière critique n'est pas nouvelle : elle rejoint celle formulée par le président de la Commission des Maladies Mentales en 1986, qui considérait que dans nombre de cas, les biens des malades placés sous tutelle étaient moins bien protégés qu'autrefois en raison notamment du choix fréquent de confier la tutelle aux proches parents du malade³⁹⁶.

2. L'influence de la politique sociale

Le tableau suivant, qui restitue la répartition des qualifications utilisées dans les expertises médicales en 1998, ne rend pas précisément compte du lien entre le recours aux mesures de protection civile et l'existence d'un trouble mental. Ainsi, le total des pourcentages dépasse 100% dans la mesure où des cumuls de qualification sont possibles :

Tableau 3 : Répartition des qualifications utilisées dans les expertises donnant lieu à une mesure de protection

³⁹³ Le médecin se voit confier une mission de réinsertion et de réadaptation sociale d'après l'article L. 326 du Code de la Santé Publique de sorte qu'il est souvent sollicité dans le cadre de stratégies médico-sociales du signalement (Thierry Fossier, "Justice et psychiatrie : la construction d'un statut civil de l'adulte", *Médecine et Droit*, n°21, 1996, p. 11 et p. 14).

³⁹⁴ Jean-Louis Griguer, psychiatre des hôpitaux, "La place du psychiatre dans le système de protection des majeurs incapables", Colloque "La protection des Majeurs", *op. cit.*

³⁹⁵ Laurence Fleuret, psychiatre, "La réinsertion des malades mentaux", *op. cit.*

³⁹⁶ Considérant que "le juge des tutelles choisit un tuteur parmi les proches parents du malade, ce qui n'est pas toujours souhaitable pour des raisons psychologiques, ce qui ne donne pas toujours des garanties suffisantes sur la gestion des biens des malades et entraîne parfois des abus", la Commission des Maladies Mentales propose de confier la gestion des biens à des organismes agréés quand ce n'est pas l'établissement de soins. Elle signale en outre qu'un grand nombre de malades mentaux chroniques ont l'Allocation adulte handicapé sans être sous tutelle, et propose la mise sous tutelle ou curatelle à titre préventif, compte tenu de l'attribution après de longs délais de l'allocation sous la forme d'une somme parfois considérable, parfois spoliée par un proche ou un autre malade (Professeur Bourguignon, Communication du 2 octobre 1986 au Groupe de travail présidé par le Docteur Zambrowski, p. 7, archives DGS).

Altération mentale et/ou physique mal caractérisée	39,5%
Surendettement, prodigalité	21,1%
Troubles psychiques	15,8%
Débilité légère ou profonde	15,8%
Psychoses maniaco-dépressives	7,9%
Autres	7,9%
Démence sénile	5,3%

Source : Rapport d'enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs, 1998³⁹⁷

Une enquête sociologique réalisée en 1985 dans le département de la Somme, sous la direction de la Mission Interministérielle, est de nature à nous éclairer. En effet, elle met en évidence que nombre de sujets intellectuellement diminués ou démunis, gravement psychotiques, très délirants, ne font pas l'objet d'une application de la loi de 1968 et que les pratiques varient énormément d'un établissement à l'autre et même d'un service à l'autre. Les mesures de protection interviennent le plus souvent en cas "d'environnement relationnel défaillant ou absent"³⁹⁸. Là encore, l'objectif initial de la loi de 1968, visant à faire dépendre la protection d'une altération des facultés personnelles, est menacé. Certains psychiatres attribuent l'accroissement des mesures de protection à "la tendance des juges des tutelles à intervenir dans le domaine extra-patrimonial"³⁹⁹. Il nous semble que la cause de l'accroissement des mesures de tutelle ne soit ni le fait des médecins, ni celui des juges, mais plutôt celui du développement des mesures de protection sociale tendant à modifier indirectement les conditions d'exercice de la psychiatrie publique.

La loi de protection sociale de 1975 constitue le premier acte d'une telle évolution dans la mesure où elle a transformé le statut du malade et du même coup, les stratégies médico-sociales qui étaient conçues à son égard. En effet, la loi de 1975 intègre le malade mental au statut des handicapés, ce qui fonde pour lui la possibilité de bénéficier d'une allocation dite "Allocation adulte handicapé"⁴⁰⁰.

L'article 1er de cette loi est ainsi rédigé :

³⁹⁷ Rapport d'enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs, *op. cit.*, p. 36.

³⁹⁸ Philippe Rappard, Monique Bucher-Thizon, *La raison psychiatrique et la raison juridique*, *op. cit.*, pp. 329-331.

³⁹⁹ Compte-rendu de réunion du groupe 3 de la Commission des Maladies Mentales rédigé par J. Ayme et J. Demay, 8 juillet 1986, p. 2 (Archives DGS).

⁴⁰⁰ Art. 35 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées : "Toute personne de nationalité française ou ressortissant d'un pays ayant conclu une convention de réciprocité en matière d'attribution d'allocations aux handicapés adultes résidant sur le territoire métropolitain ou dans les départements d'outre-mer, ayant dépassé l'âge d'ouverture du Droit à l'allocation d'éducation spéciale prévue à l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale, dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret, perçoit une allocation aux adultes handicapés lorsqu'elle ne perçoit pas au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, un avantage de vieillesse ou d'invalidité d'un montant égal à la dite allocation". Cf. annexe.

"La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, constituent une obligation nationale"⁴⁰¹.

La loi institue des instances techniques, la commission d'éducation spéciale pour les mineurs et la COTOREP devant évaluer le handicap et permettre l'attribution d'allocations. La loi dissocie ainsi maladie et handicap : la première est prise en charge par la sécurité sociale, le second par l'Etat⁴⁰².

La loi du 1er janvier 1988 relative au Revenu Minimum d'Insertion constitue le second acte de la politique sociale ayant transformé les conditions de ressources des patients dits psychiatriques. Dès lors, l'allocation Adulte Handicapé et le Revenu Minimum d'Insertion, pour des majeurs très paupérisés, allaient souvent devenir le complément indispensable du neuroleptique prescrit ou le moyen de réaliser une insertion minimale hors des murs de l'hôpital. A la consultation du rapport du département d'information médicale du secteur parisien 27 pour l'année 1999, on remarque que, si dans les années 1990, la part des patients bénéficiant de mesures de protection sur la file active totale avoisine les 10%⁴⁰³, la part des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion, de l'Allocation Adulte Handicapé, sur la file active passe de 20,4% à 27%⁴⁰⁴ entre 1990 et 1999.

Il est un fait incontestable que les allocations prévues par ces deux lois ont permis la désinstitutionnalisation tant souhaitée par les psychiatres. La loi de 1975 sur les handicapés physiques ou mentaux⁴⁰⁵ aura ainsi permis de prendre en charge des patients en dehors des établissements grâce aux allocations prévues pour la réinsertion sociale. A un modèle d'hospitalisation prévu par la loi de 1838 correspondant à l'irresponsabilité pénale conjuguée à une administration hospitalière des biens, devait succéder un modèle de protection sociale désolidarisé de l'hôpital. En pratique cependant, la loi de 1968, conjuguée à celle de 1975, produit un système de protection des biens et de la personne

⁴⁰¹ Article 1^{er} de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁴⁰² Article 47 de la loi du 30 juin 1975 : "Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles sont prises en charge par la sécurité sociale et, le cas échéant, par l'aide sociale, les dépenses exposées dans les établissements recevant des malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale".

⁴⁰³ En 1990, cela représente 8,7% de la file active ; en 1992, cela représente entre 8 et 9% des patients ; en 1999, cela représente 11,7% (Rapport du département d'information médicale du secteur parisien 27 pour l'année 1999).

⁴⁰⁴ Rapports annuels de secteur et Rapports du Département d'Information Médicale (DIM) de l'établissement de santé Maison Blanche.

⁴⁰⁵ La loi du 30 juin 1975 définit la mission générale des collectivités de protection des handicapés. Le système d'aide global comporte des mesures d'assistance aux mineurs et aux majeurs handicapés. L'emploi en milieu protégé est notamment proposé par la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel. L'article 46 de la loi prévoit des maisons d'accueil spécialisé.

largement tributaire de l'hôpital et du jugement social des médecins.

Le droit civil a effectivement joué comme alternative à l'hospitalisation⁴⁰⁶. Mais cette alternative, largement tributaire du diagnostic social du psychiatre, interroge en retour les limites de son identité médicale. Il n'est donc pas étonnant que la critique actuelle des psychiatres sur leur extension de compétence sociale prenne la même forme que celle portée sur la législation de 1975 au moment de son adoption. A l'époque en effet, cette loi est largement condamnée par le Syndicat des psychiatres des hôpitaux, jugeant que le statut de handicapé remet en cause la curabilité du malade⁴⁰⁷. Cette réaction de la part des psychiatres resurgira, nous le verrons, à l'occasion de l'invitation pressante des pouvoirs publics au décloisonnement des champs sanitaire et social désigné par le terme de "réseau" (infra).

L'exigence portée par les psychiatres, celle d'un droit qui ne serait pas exorbitant, est justifiée par des raisons thérapeutiques. C'est la restitution au malade mental de son statut de sujet de droit qui commande la modification de l'article 64 du Code Pénal napoléonien. La contre-indication à la décision judiciaire de l'hospitalisation contrainte persiste dans le même temps dans l'esprit des psychiatres soucieux de préserver leur compétence médicale. Tant sur l'aspect civil que pénal, le statut du malade a évolué dans le sens d'une réintégration dans un droit commun.

Sur l'aspect pénal, la modification du code napoléonien est l'occasion d'une collision entre les arguments psychiatriques et la prise en compte politique de la victime du malade mental délinquant. La réponse juridique aux revendications du corps psychiatrique se fait donc sur fond d'un malentendu. En substance, le Nouveau Code Pénal légalise les cas d'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement de l'accusé au moment des faits incriminés. En pratique, ce droit assorti de textes réglementaires d'interprétation, conjugué au développement des soins psychiatriques aux détenus, débouche sur une transformation de la peine. La détermination de la peine passe d'une définition quantitative à une caractérisation qualitative. Ce phénomène déplace le débat autour de la responsabilité pénale du malade mentale d'une interrogation sur l'alternative "soigner ou punir" vers un questionnement sur les problèmes du "soigner et punir".

Sur l'aspect civil, la loi de 1968 sur les incapables majeurs désolidarise la décision de protection des biens du malade mental de l'existence d'une hospitalisation. Elle intègre le patient psychiatrique à un groupe large de personnes susceptibles de recevoir le statut

⁴⁰⁶ Philippe Rappard déplore à ce sujet l'absence de conseillers juridiques qui ne soient pas gérants de tutelle dans le même temps, conduisant nécessairement à ce que les patients conservent la jouissance de leurs Droits mais en perdent l'exercice (Philippe Rappard, "La loi du 3 janvier 1968 et la protection de la personne", in Claude Louzoun et Denis Salas (dir), *Justice et Psychiatrie, op. cit.*, p. 51.

⁴⁰⁷ Dans sa thèse, Sandra Philippe évoque la concordance absolue entre la vocation du psychiatre et les objectifs de la loi de 1975 (Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin, op. cit.*, p. 159). Cette conclusion nous semble partiellement contradiction avec le recours formulé en Conseil d'Etat le 4 février 1976 par plusieurs syndicats de psychiatres (SPF, SPH, SNPP et ANMSMI) contre le décret d'application du 15 décembre 1975.

d'incapable majeur, dont les membres se voient représentés dans la gestion de leurs biens, indépendamment de la cause nécessitant une telle représentation. Nous avons montré que l'usage croissant des possibilités offertes par la loi de 1968, conjugué d'une part à une politique dispensatrice d'allocations sociales, et d'autre part à l'extension de compétence du psychiatre dans les décisions présidant au destin social du malade, n'est pas sans produire des effets. Nous allons maintenant expliquer en quoi l'exigence psychiatrique d'un droit commun débouche nécessairement sur la construction d'un service public défini comme un milieu de soins dont le patient est le foyer.

Chapitre II – D'un lieu à un milieu

L'exigence d'un droit commun portée par les médecins des hôpitaux psychiatriques requiert son lieu. Mais plus qu'à un lieu comme environnement, c'est à milieu qu'il est fait appel, au centre duquel doit se trouver le patient. Ainsi, il ne suffit pas que le caractère exorbitant du statut du malade mental soit juridiquement consacré, encore faut-il qu'il ne se reporte pas sur les institutions qui prennent en charge le patient. Mais à quelle topologie se réfèrent les initiateurs de l'intégration des lieux de soins psychiatriques à un droit commun ?

Dans sa définition pauvre, la despécification territoriale de la psychiatrie désigne le processus par lequel l'exercice de la psychiatrie s'est vu progressivement désolidarisé du lieu unique de l'asile. Dans sa définition dynamique, elle répond à un objectif de prise en charge du malade dans et avec son milieu social. La définition dynamique de la despécification du lieu de la psychiatrie publique nécessite donc une topographie mais ne s'y réduit pas : la «psychiatrie de secteur», qui est l'objet de ce chapitre, est ainsi pensée par ses pionniers selon une perspective essentiellement fonctionnelle.

Ainsi, la loi de 1838, qui fonde l'existence de l'asile comme lieu de soins spécifique, va subir une remise en cause intervenant dans les faits bien avant son abrogation en 1990, par la mise en oeuvre d'une pratique dite "de secteur", initiée par les médecins des hôpitaux psychiatriques. Il s'agira de montrer comment l'idée même de secteur est fondée sur des motifs thérapeutiques et légitime un changement de statut du praticien lui-même. Nous montrerons qu'une nouvelle organisation des soins, désignée par le terme de "secteur" puise d'abord ses principes dans des expériences issues des conditions de la guerre, elles-mêmes productrices d'une théorie de la pratique connue sous le nom de psychothérapie institutionnelle, dont nous aurons à analyser les fondements. Au lendemain de la guerre, les traits d'une doctrine de secteur sont formulés : le secteur comme idée s'énonce aussi en en terme d'organisation territoriale des soins psychiatriques. Comme pour la despécification pénale et civile du malade mental, nous verrons qu'une culture psychiatrique nourrie de diverses influences se construit autour de la restitution d'une vie collective dans et au-delà de l'institution asilaire. Enfin, après avoir retracé l'histoire proprement juridique du secteur, nous analyserons les critiques qui furent formulées à l'endroit de ses dérives pratiques par les partisans de son développement.

I. De l'institution spéciale au secteur

L'idée d'un asile d'aliénés a initialement reçu une caution médicale. Mais les aliénistes devenus psychiatres remettront en cause les dérives de l'asile fondé au XIX^{ème} siècle: une révolution psychiatrique naît des conditions de la guerre, révolution basée sur la reconnaissance du caractère chronicisant du milieu asilaire.

La notion de milieu pourrait bien constituer le cœur de la révolution psychiatrique issue du drame de la guerre. Dans *Le normal et le pathologique*, Georges Canguilhem écrit :

"Redevenir normal, pour un homme dont l'avenir est presque toujours imaginé à partir de l'expérience passée, c'est reprendre une activité interrompue, ou du moins reprendre une activité jugée équivalente d'après les goûts individuels ou les valeurs sociales du milieu [...]. Le vivant et le milieu ne sont pas normaux pris séparément, mais c'est leur relation qui les rend tels l'un à l'autre" ⁴⁰⁸

La guerre a conduit à une prise de conscience chez les médecins des hôpitaux psychiatriques : le milieu asilaire est pathogène. Il fallait donc inventer les conditions d'un milieu institutionnel thérapeutique en lien avec un milieu social plus large, afin que les malades instituent de nouvelles normes de vie. Despécifier le milieu de soins, tel est l'objectif assigné au secteur. Travailler sur la relation entre le malade et le personnel soignant, telle est l'ambition de la psychothérapie institutionnelle.

A- L'institution spéciale

Avant que des établissements spécialement destinés à accueillir des aliénés ne soient créés, il fallait que l'idée d'un traitement identifié à un lieu émergeât. Nous allons retracer les étapes médicales et juridiques de la constitution d'un lieu spécialement dédié à la folie, avant 1838.

L'article 1er de la loi du 30 juin 1838 parle "d'établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés"⁴⁰⁹ : elle définit donc un espace spécialisé de soins sans consentement, sous réserve d'une garantie d'ordre technique, en l'occurrence médicale⁴¹⁰.

Un partage de compétences va être consacré juridiquement entre le médecin

⁴⁰⁸ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (1943), PUF, Quadrige, 1966, p. 73 et 90. Dans le chapitre *Du social au vital*, écrit entre 1963 et 1966, Canguilhem précise que "si l'on considère la relation organisme-milieu comme l'effet d'une activité proprement biologique, comme la recherche d'une situation dans laquelle le vivant recueille au lieu de les subir, les influences et les qualités qui répondent à ses exigences, alors les milieux dans lesquels les vivants se trouvent placés sont découpés par eux, centrés sur eux. En ce sens, l'organisme n'est pas jeté dans un milieu auquel il lui faut se plier, mais il structure son milieu en même temps qu'il développe ses capacités d'organisme" (p. 214).

⁴⁰⁹ Jacques Postel et Claude Quérel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994, p. 183.

⁴¹⁰ La seule obligation faite au médecin qui a établi le certificat nécessaire au placement volontaire est de ne pas être attaché à l'établissement d'accueil.

aliéniste, l'autorité administrative et le préfet. Après avoir analysé la légalisation d'un isolement à vocation thérapeutique, il sera indispensable de rendre compte des dérives carcérales d'une loi d'assistance dans ses principes initiaux.

A-1- VERS L'ALIÉNATION COMME CATÉGORIE MÉDICALE

Le passage du terme insensé à celui d'aliéné au début du XIX^{ème} siècle est le signe d'une possibilité de cure. Philippe Pinel attache son nom au terme d'aliénation mentale dont il faudra préciser les variétés. L'aliénation comme catégorie médicale imposera un lieu spécialisé d'exercice de la médecine dite aliéniste mais l'isolement des aliénés n'est pas seulement la conséquence d'une distinction entre cette catégorie et d'autres déviants : il est considéré comme thérapeutique par les premiers praticiens de la médecine mentale.

1. Les premiers établissements spécialisés pour aliénés

Dans la France du début du XVIII^{ème} siècle, la folie est pour l'essentiel éprouvée à l'état libre. C'est seulement en 1656 que débute ce que Foucault appelle "le grand renfermement"⁴¹¹ de toutes les personnes indésirables avec la création d'un nouvel hôpital général, regroupant différents établissements préexistants, dont Bicêtre et la Salpêtrière⁴¹². L'idéologie de l'enfermement succède au XVIII^{ème} siècle à la logique de l'aumône : avant l'Edit de 1656, on crée ainsi à Paris en 1611 des Hôpitaux des pauvres enfermés et à Lyon en 1614, l'Hôpital général de Lyon. Le pouvoir ne vise pas alors spécialement la folie mais l'anarchie potentielle.

En 1662, un édit royal invite les villes et gros bourgs du royaume à fonder des hôpitaux généraux. Cet "enfermement des errants où se conjuguent assistance et répression"⁴¹³ est d'ailleurs un phénomène largement européen. Tous les fous ne sont alors pas traités comme des prisonniers : à l'Hôtel Dieu de Paris, on tente de traiter ceux désignés comme curables⁴¹⁴. Au bout de quelques semaines, si l'on n'a pas vaincu le mal, on dirige les hommes à Bicêtre et les femmes à la Salpêtrière. L'internement n'a alors pas valeur d'hospitalisation mais vise au redressement. Deux expériences coexistent pour Foucault : celle de la folie comme maladie, et celle, inédite, de la folie comme mal à corriger⁴¹⁵.

⁴¹¹ La fondation de l'hôpital général à Paris ne correspond à aucune démarche médicale mais désigne une nouvelle réaction à la misère d'après Michel Foucault (*Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Tel, 1972, pp. 71- 73).

⁴¹² Ces personnes ont pour point commun l'incapacité à prendre part à la production, à la circulation ou à l'accumulation de richesses. Au XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles écrit Foucault, l'enfermement des fous n'est que l'épiphénomène de celui des mendiants valides visés par une législation constante de la fin du Moyen Age jusqu'à la Révolution (Michel Foucault, *Histoire de la folie*, op. cit., p. 102).

⁴¹³ Jacques Postel J. et Claude Quételet, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 110.

⁴¹⁴ Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, op. cit., pp. 151-152.

Notre propos n'est pas de trancher la question de l'origine du soin aux insensés mais de retracer la genèse de la loi de 1838 et le contexte médical et politique dans lequel elle a été adoptée.

A la fin du XVIIIème siècle, le mouvement philanthropique formule une doctrine de l'Assistance publique en critiquant vivement les institutions de bienfaisance, la transformation des hôpitaux en mouroirs et des dépôts de mendicité en prisons. Turgot institue une commission d'enquête en 1774-1776, présidée par Loménie de Brienne, l'Archevêque de Toulouse. Un plan complet d'organisation de l'assistance est mis sur pied et pour la première fois, la catégorie médicale des insensés émerge, parmi d'autres catégories ayant droit à l'assistance publique, bien que le devoir d'assistance incombe encore prioritairement à la famille.

L'idée de spécialiser les hôpitaux, déjà formulée au XVIème siècle refait surface. Necker poursuit l'œuvre de Turgot et crée une Inspection générale et permanente des hôpitaux civils et des maisons de force. Dans ce contexte, Colombier et Doublet élaborent une circulaire en 1785, intitulée "Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés". Diffusée massivement, cette circulaire préconise le traitement des aliénés dans des établissements spéciaux. La même année, le roi charge l'Académie des Sciences de donner son avis sur la réforme des hôpitaux.

Avant 1789, les malades mentaux sont enfermés soit par lettres de cachet dans les Charités ou les Bastilles, soit dans les hôpitaux généraux ou les dépôts de mendicité. Le droit Pénal d'ancien Régime admet ainsi que les fous doivent être soignés sans aucune intervention judiciaire mais les lieux de soins manquent cruellement⁴¹⁶. Avec la suppression des lettres de cachet et la disparition des dépôts de mendicité, l'Assemblée constituante manifeste sa volonté de regrouper les malades mentaux dans des établissements spéciaux. Le 2 novembre 1789, les hôpitaux et hospices d'Eglise sont déclarés biens nationaux. En 1790, l'Assemblée nationale institue le Comité de mendicité, qui désigne un conseiller technique en la personne du médecin Cabanis⁴¹⁷, et décide de créer deux hôpitaux à Paris, l'un pour les curables, l'autre pour les incurables. Pour les départements où les besoins sont moindres, le Comité souhaite ouvrir des hôpitaux réservés aux maladies rares et extraordinaires ; un quartier spécial sera réservé aux aliénés. Ce projet ne sera pas exécuté.

Dans son Histoire de la folie, Michel Foucault attribue la naissance de la psychiatrie, qu'il fait remonter au XVIIème siècle à un geste d'exclusion, tout groupe ayant besoin de se définir en rejetant quelque chose de soi. La société occidentale aurait affirmé sa raison contre la déraison d'après lui en enfermant ses déviants. Pour Gladys Swain et Marcel Gauchet⁴¹⁸, la naissance de la psychiatrie s'inscrit au contraire dans un mouvement d'intégration de la folie : c'est justement la proclamation d'une appartenance commune à

⁴¹⁵ Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, *Ibid*, p. 156.

⁴¹⁶ Georges Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, *op. cit.*, p. 62.

⁴¹⁸ Gladys Swain et Marcel Gauchet, *La pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard, 1980.

l'humanité qui oblige à intégrer les fous.

Deux textes de l'Assemblée constituante attirent à ce sujet notre attention. Alors que l'Assemblée Constituante crée certes des hôpitaux, la loi du 16 août 1790 confie à l'administration, parmi ses tâches de police "le soin d'obvier ou remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté" et la loi du 19 juillet 1791 constitue en contravention de simple police le fait de "laisser divaguer des insensés ou des furieux".

Ces deux textes invitent à une analyse prudente d'un phénomène qui semble ne se réduire ni à l'exclusion pure des fous dans une optique purement répressive, ni à une intégration humaniste des insensés. Considérant que la formulation médicale de la folie ne constitue pas irrémédiablement un obstacle à une logique d'enfermement à terme, nous choisissons de revenir d'abord sur le rôle de Pinel dans la détermination des contours de l'aliénation.

2. La nécessité thérapeutique de l'isolement

Philippe Pinel⁴¹⁹ est nommé en 1793, l'an I de la république, médecin de Bicêtre pour

⁴¹⁷ Jean Cabanis, philosophe médecin né en 1757, auteur d'un petit opuscule sur l'organisation des hôpitaux, est nommé à la Commission des hôpitaux de 1790 à 1793. Député aux Cinq-cents et Sénateur après Brumaire, il obtient la Chaire de Médecine légale et d'Histoire de la médecine. Médecin hygiéniste, il a notamment écrit : *Du degré de certitude de la médecine en 1803, Les rapports du physique et du moral de l'homme en 1802, Lettres sur les causes* publié peu avant sa mort. Disciple de Locke et de Condillac, ami de Mirabeau, Condorcet et de Sieyès, Cabanis développe l'idée de la psychogénèse de l'aliénation mentale, en séparant l'âme de la psyché et parle de l'influence des organes sur d'autres organes. Cabanis fait du fou celui qui sous l'empire de la sensibilité et d'après lui, le traitement moral de Pinel a plus d'importance que l'étiogénie des habitudes vicieuses contractées par le fou. Cabanis développe l'idée selon laquelle traiter le fou revient à l'ancrer davantage dans la réalité pour qu'il retrouve les sensations extérieures perdues, origines de la pensée normale. Cabanis distingue plusieurs hypothèses sur les causes de la folie. Premièrement, il ne tranche pas sur le "cerveau comme cause de folie". Deuxièmement, il ne retient pas l'hypothèse phrénologique de la conformation héréditaire du crâne des aliénés : Cabanis ne semble retenir de l'organicisme de la pathologie mentale que les propositions de Morgani sur la texture du cerveau. Cabanis raisonne en fait à l'inverse du schéma phrénologique puisqu'il indique que des troubles osseux peuvent avoir des conséquences sur l'organe de la pensée et non pas le contraire (exemple du cerveau qui ne peut se développer dans un crâne atrophié). On peut donc être fou par trois mécanismes distincts pour Cabanis : par l'action à distance de tous nos organes et particulièrement par l'influence sympathique des organes de la génération, par une anomalie organique de l'organe cérébral, par une voie psychogène pure ou par habitude vicieuse à laquelle répondra tout particulièrement le traitement moral pinélien. Cabanis se rangera finalement du côté de Pinel.

⁴¹⁹ Philippe Pinel avait débuté par les mathématiques à Montpellier puis l'étude de la mécanique du corps humain et sa pathologie puis son anatomie comparée. Cette dernière consistait dans l'étude des crânes animaux et humains, et du comportement des animaux. Pinel s'interrogeait alors sur la psychologie des animaux, sur leurs instincts et sur leurs comportements en captivité et en liberté. Occupé comme médecin à la maison de santé de Charonne qui accueille une trentaine d'insensés payant pension, Pinel vient régulièrement aux réunions de la Société d'histoire naturelle. En 1791, il publie un mémoire sur l'art de préparer des espèces naturelles destinées à former des collections d'histoire naturelle, en insistant sur le fait qu'une collection doit rendre compte du caractère, des mœurs, et du comportement des animaux. Après 1788, Pinel se fait même appeler zoologiste, ou "zootomiste". En 1792, Pinel avait déjà publié un mémoire sur "les moyens les plus efficaces de traiter les malades dont l'esprit est devenu aliéné avant l'âge de la vieillesse" mais son expérience clinique demeurait alors très mince.

soigner les aliénés et publier des observations sur leur traitement. Il y rencontre Jean-Baptiste Pussin, le "gouverneur des insensés", admis en 1771 comme infirme souffrant d'humeurs froides, peut-être médecin d'après certains. Pussin consigne depuis plusieurs années des "observations sur les fous", prises sur le vif, relevant d'ailleurs parfois de l'opinion la plus simple. Une collaboration journalière naît entre les deux hommes ; Pinel va observer à son tour les comportements de chaque malade et établir des conversations répétées pour reconstituer l'histoire de chaque malade et de sa maladie.

Pinel devient professeur de pathologie interne en 1795 et passera 5 ans à produire sa Nosologie philosophique, et son Traité Médico-psychologique⁴²⁰, période durant laquelle il débute comme médecin en chef à la Salpêtrière, où il restera trente ans. Pinel se définit en 1800 comme un médecin spécialiste de l'étude comparative de la tête humaine (du crâne, du cerveau, et des facultés mentales dans leur état normal et pathologique) mais à la question centrale des phrénologistes, Pinel répond en 1808 que "aucun de ceux qui ont travaillé sur le cerveau n'est parvenu à établir rationnellement une relation positive entre la structure de ce viscère et ses fonctions"⁴²¹. La caractérisation pinelienne de "la folie raisonnante", passagère voire périodique, décrite comme une fureur sans lésion des fonctions de l'entendement, atteste de la relative indépendance de l'aliénation à une lésion organique⁴²².

En considérant l'aliénation mentale comme une maladie au sens des maladies organiques, Pinel s'interroge sur les troubles des fonctions intellectuelles, c'est-à-dire des fonctions supérieures du système nerveux. La recherche des "signes extérieurs de la folie" prônée par Pinel contient déjà en germe toutes les démarches du XIX^{ème} siècle visant le repérage des signes de la folie plutôt que la recherche des causes profondes. Mais en réaction à l'opinion la plus courante à l'époque, Pinel rejette les théories qui rendent compte de la folie par une atteinte matérielle du cerveau⁴²³ ou plutôt il rejette l'extension à tous les cas de folie de quelques constatations isolées.

D'après Georges Lantéri-Laura, la contribution de Pinel est décisive dans la distinction entre une folie correspondant une singularité de comportement, et l'aliénation au sens médical : la nosographie psychiatrique repose dès lors sur le concept d'entités morbides spécifiques, classables suivant le principe de spécificité⁴²⁴. Pour Lantéri-Laura, "Pinel démarque la notion de folie, culturelle et sociale de celle d'aliénation mentale, à

⁴²⁰ Pinel Philippe (1800), *Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, Paris, Richard, Caille et Ravier.

⁴²¹ Rapport du 25 avril à l'Académie des Sciences.

⁴²² Jean Cabanis donne également la priorité au traitement moral de Pinel aux dépens de la recherche sur l'étiogénie des habitudes dites vicieuses contractées par le fou.

⁴²³ Joseph Daquin, également déçu par les faux espoirs qu'avait portés en elle l'anatomie pathologique, écrit dans *la Philosophie de la folie* : "l'anatomie n'a pas procuré de notions suffisantes sur la cause de cette maladie (la folie) et sur les lésions qu'elle occasionne", Daquin Joseph (1791), *Philosophie de la folie*, Paris, Frénésie Editions, 1987, pp. 72-73.

⁴²⁴ Michel Cadoret (dir), *La folie raisonnée*, PUF, Nouvelle Encyclopédie Diderot, 1989, p. 387.

partir de ses expériences à la Maison de santé de Monsieur Belhomme, puis à Bicêtre et surtout à la Salpêtrière⁴²⁵. Concernant les conséquences thérapeutiques, Pinel forge la notion de traitement moral, qu'il faut entendre au sens de traitement appliqué au versant conscient de l'expérience humaine, (appelé plus tard le domaine psychologique), distincte de celles de morale ou de bonnes mœurs.

L'affirmation du caractère pathologique de l'aliénation emporte deux conséquences⁴²⁶ : l'aliénation est du domaine de la médecine, elle relève donc d'une spécialité autonome⁴²⁷ ; une première classification permet d'avancer l'idée d'un traitement possible. Plus précisément, Pinel distingue quatre aspects de l'aliénation mentale : la manie (état d'agitation et de fureur), la mélancolie (délire borné à une série particulière d'objets), la démence (une débilité générale frappe les fonctions affectives et intellectuelles) et l'idiotisme (oblitération de la raison avec instants rapides et automatiques d'emportements).

Le traitement moral comporte quant à lui trois aspects fondamentaux :

- l'isolement⁴²⁸ et l'immersion dans un milieu rationnel conçu comme un moyen de rendre la raison à l'aliéné,
- la recherche du "reste de raison" comme appui à un recouvrement total de celle-ci⁴²⁹,
- l'occupation de l'aliéné à un travail considéré comme profitable à son apaisement et au bien de l'institution.

L'isolement dans des institutions qu'Esquirol nommera asiles en 1819, est donc bien une nécessité pour la cure ; son lieu suppose selon Pinel l'existence d'un centre général d'autorité érigé en "juge suprême surveillant de la police intérieure"⁴³⁰.

La révolution sémantique opérée par Pinel marque un point de départ dans la tradition psychiatrique. On substitue au terme d'insensé, celui d'aliéné. La raison du fou est aliénée, égarée, mais le malade n'en est pas dépourvu. Cette position rend la folie curable : le concept d'aliénation établit précisément qu'il y a un sens, une raison dans la folie. Il y aura dès lors une volonté de rapporter à la mesure de l'homme chacune des déviations de la parole⁴³¹ et des attitudes de l'aliéné.

⁴²⁵ Georges Lantieri, *Laura, Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, op. cit., p. 59.

⁴²⁶ *Ibid.*, p. 62.

⁴²⁷ L'aliénation mentale se sépare de l'étude des intoxications exogènes (phrénitis) et des disciplines de l'Ecole de Paris (Corvisard, Laënnec, Bouillaud et Louis) qui fonde la sémiologie médicale moderne et la méthode anatomo-clinique.

A-2- LA CONSÉCRATION JURIDIQUE DE L'ISOLEMENT THÉRAPEUTIQUE

⁴²⁸ Philippe Pinel constate que les aliénés ne "peuvent presque jamais être soignés dans leur famille" (*Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, Paris, Brosson, 2^e édition, 1809, p. 272). Accueillant plus favorablement les efforts philanthropiques que les travaux d'origine strictement médicale, Pinel s'inscrit dans un mouvement contemporain reconsidérant les méthodes utilisées à l'égard des aliénés, notamment en Angleterre.

⁴²⁹ Dans la section IV du *Traité Médico-philosophique*, intitulée "la division de l'aliénation mentale en espèces distinctes", Pinel décrit la part de la raison restée intacte, dans la folie. Esquirol appellera plus tard l'aliéniste à une "analyse de la pensée des aliénés, car les aliénés pensent et raisonnent" (Jean-Etienne-Dominique Esquirol, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, J-B Baillière, 1838, p. 101).

⁴³⁰ Philippe Pinel, *Traité Médico-philosophique*, op. cit., p. 251.

dans les rares cabanons des hôpitaux. Plusieurs rapports sur l'état des maisons où sont détenus des aliénés sont successivement demandés à des médecins, parmi lesquels on compte Ferrus et Esquirol⁴³². Mais peu d'établissements seront construits. Parallèlement, le système d'assistance sous contrôle privé se développe avec la fondation de plusieurs asiles ou maisons religieuses pour aliénés. La multiplication de ces maisons suscite la méfiance du gouvernement qui prend des mesures de contrôle afin d'empêcher les séquestrations abusives⁴³³.

Le 29 juin 1835, une circulaire soumet la question des aliénés à la délibération des conseils généraux sensés éclairer le gouvernement en vue de l'élaboration d'une future

⁴³¹ La révolution pinélienne inaugure du même coup une période durant laquelle le langage des aliénés jouira d'un double statut : dans toute la première moitié du XIX^{ème} siècle, il sera simultanément un instrument de communication entre les soignants et les patients, et un objet d'examen. Le discours des fous sera conservé, diffusé par l'intermédiaire de grandes revues médicales comme les *Annales médicopsychologiques*, ou la *Gazette médicale de Paris*. De nombreux écrits seront mis au rang de compositions littéraires. Pourtant, les aliénistes se montreront toujours réservés ou du moins divisés quant à l'appréciation de cette activité littéraire : tantôt elle sera le signe d'un retour à la raison, tantôt la manifestation de la folie, elle sera parfois préconisée dans un but thérapeutique. Quoi qu'il en soit, elle place de fait les aliénistes en position d'évaluer une production esthétique, et prouve d'une certaine manière que ce jugement s'effectue d'homme à homme. Le déclin du traitement moral inauguré par Pinel correspondra d'ailleurs à un affaiblissement de l'échange verbal au profit de l'étude des illustrations : dessins d'aliénés ou analyses d'écritures, c'est l'heure de la guerre des "lectures" du délire entre les médecins spéciaux. Nous conseillons à ce sujet la thèse de Juan Rigoli, *Lire le délire* (Fayard, 2001).

⁴³² En 1817, Esquirol, alors médecin-chef de la Maison Royale de Charenton, est chargé de présenter un rapport au Roi qui prend la dimension d'un véritable réquisitoire contre l'état des maisons où sont détenus les aliénés ; il propose un projet comprenant un petit nombre d'établissements disposant de 150 à 200 lits pour malades curables, un par Cour d'appel, les incurables étant renvoyés après deux ans. Les travaux d'Esquirol trouvent un écho auprès du gouvernement qui adopte la circulaire du 16 juillet 1819 : Guizot, alors directeur de l'administration départementale et communale, crée une commission d'études chargée d'étudier la question. En font partie Esquirol et Pinel entre autres médecins ainsi qu'un architecte et un administrateur des Hospices prévoyant la construction de ces asiles, tout en interdisant l'aménagement des quartiers d'hospices. Cette circulaire pointe la nécessité pour les aliénés d'être "placés dans des établissements qui leur soient exclusivement consacrés et invite les préfets à suspendre les fonds destinés à assainir ou augmenter les quartiers occupés par des aliénés dans les hospices ou les dépôts de mendicité, pour les affecter à la construction de "maisons centrales d'aliénés" (Circulaire ministérielle n°55 du 16 juillet 1819 signée par le comte Decazes, ministre de Louis XVIII, in Bollotte G. "Il y a 150 ans...", *L'information psychiatrique*, janvier 1965, n°1, pp. 59-60). En 1832, le gouvernement propose que l'entretien des insensés indigents soit à la charge des municipalités, mais la Chambre des députés rejette ce projet. Le 14 septembre 1833, le ministre de l'Intérieur adresse une circulaire à tous les préfets afin d'obtenir de nouveaux renseignements sur la situation des aliénés. En 1834, Ferrus, médecin de Bicêtre, est chargé par le conseil général des Hospices, d'une enquête sur les établissements d'aliénés en Angleterre, pays de référence en la matière. Dans son rapport "Des aliénés", il étudie les résultats de l'enquête pratiquée auprès des préfets en 1813 et propose d'accueillir dans les futurs asiles les débiles mentaux et les incurables.

⁴³³ L'ordonnance du préfet de police De Belleyme du 9 août 1828 soumet ainsi l'ouverture d'une maison de santé à l'autorisation préalable du préfet de police. L'ordonnance reprend en fait l'ensemble des règles d'admission dans les hospices : on prévoit des dispositions concernant les admissions, la présence médicale, l'articulation entre pouvoirs judiciaire et administratif. Préfigurant la loi et ses textes d'application, elle impose au médecin des établissements d'aliénés l'obligation d'y résider. En province cependant, les usages varient beaucoup.

législation. En 1832, le gouvernement propose que l'entretien des insensés indigents soit à la charge des municipalités, mais la Chambre des députés rejette ce projet. Le 14 septembre 1833, le ministre de l'Intérieur adresse une circulaire à tous les préfets afin d'obtenir de nouveaux renseignements sur la situation des aliénés. En 1834, Ferrus, médecin de Bicêtre, est chargé par le conseil général des Hospices, d'une enquête sur les établissements d'aliénés en Angleterre, pays de référence en la matière. Dans son rapport " Des aliénés ", il étudie les résultats de l'enquête pratiquée auprès des préfets en 1813 et propose d'accueillir dans les futurs asiles les débiles mentaux et les incurables. Le 29 juin 1835, une circulaire soumet la question des aliénés à la délibération des conseils généraux sensés éclairer le gouvernement en vue de l'élaboration d'une future législation.

1. Un partage des pouvoirs justifié par la compétence médicale

Le 6 janvier 1837⁴³⁴, un projet de loi sur les aliénés élaboré en Conseil d'Etat, présenté par le Ministre de l'Intérieur Gasparin, à la Chambre des députés va faire l'objet de débats durant dix-huit mois⁴³⁵. Ce projet tend à légaliser la pratique parisienne et à l'étendre à la province. La promulgation aura lieu le 30 juin 1838⁴³⁶.

L'influence du corps médical s'avère déterminante. Ses critiques concernent essentiellement trois points : le pouvoir de l'autorité administrative, l'interdiction, et la coexistence des établissements publics et privés tandis que le consensus se fait sur l'isolement thérapeutique.

S'agissant du pouvoir de l'autorité administrative, il lui est reproché de négliger la

⁴³⁴ Deux difficultés avaient retardé l'adoption d'une loi d'internement des aliénés : les changements successifs de régime et de politique depuis 1789, le manque de finances, et l'ambiguïté fondamentale que constitue tout internement (entre soin et séquestration), ambiguïté évoquée notamment le 6 janvier 1837 à la Chambre des députés (Postel J. et Quételet Cl., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 180). Le 18 mars 1837, le député Vivien présente à la Chambre le rapport de la commission chargée d'examiner le projet. Les discussions aboutissent à un projet modifié par des amendements, et soumis le 28 avril 1837 à la Chambre des Pairs par le nouveau ministre de l'Intérieur, le Comte de Montalivet. Les discussions aboutissent à un projet modifié par des amendements, et soumis le 28 avril 1837 à la Chambre des Pairs par le nouveau ministre de l'Intérieur, le Comte de Montalivet. Le 29 juin 1837, le Marquis de Barthélémy expose aux Pairs son rapport au nom de la commission spéciale. Après lecture de ce rapport, le gouvernement, par la voix du Ministre de l'Intérieur, présente à la Chambre des Pairs un nouveau projet. Les discussions recommencent en février 1838. Après 18 mois de séances, quatre projets successifs, d'innombrables amendements témoignant d'une réflexion très approfondie, la loi est finalement adoptée par la Chambre des pairs le 22 mars 1838 et le 19 mai, le Ministre de l'Intérieur présente à la Chambre des députés le projet remanié. Le 18 mai marque la dernière présentation à la Chambre des députés, suivie des débats du 25 mai. Enfin, le 5 juin, la Chambre des députés entend l'ultime rapport de la Commission exposé par Vivien. La loi est adoptée le 14 juin à la majorité de 216 voix contre 6, après avoir rallié presque toute l'opposition. Si l'on compare le projet initial Gasparin et le texte final, on note que l'on passe de 14 articles à 41, après les remaniements successifs des deux chambres ("Discussion de la loi sur les aliénés à la Chambre des Députés et à la Chambre des Pairs", *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, Paris, tome II, 1881, Analectes Théraplix, 1972, p. 37).

⁴³⁵

⁴³⁶ Les dispositions de cette loi seront intégrées en 1953 au Code de la Santé Publique.

séparation des pouvoirs, car le préfet dispose d'une liberté individuelle généralement soumise à l'appréciation de la justice. Quant au Ministre Gasparin, il met en avant des arguments pratiques concernant la discrétion et célérité de la procédure administrative. La commission chargée d'examiner le projet de loi va non seulement entériner la thèse administrative mais supprimer, au nom d'arguments médicaux, l'autorisation d'admission préalable du préfet que requerrait le projet du gouvernement. L'autorité administrative est ainsi déclarée responsable au motif que l'isolement des aliénés est "le premier et le plus énergique des moyens de traitement, il est en même temps le plus urgent : un retard de quelques jours peut aggraver le mal au point d'en rendre la guérison quelquefois impossible"⁴³⁷. Un contrôle judiciaire a posteriori est toutefois prévu pour la levée de la mesure d'internement⁴³⁸.

La loi de 1838 prévoit deux sortes de placements : les placements "volontaires"⁴³⁹ opérés par la famille de l'aliéné ou par un tiers, et les placements forcés ordonnés par l'autorité publique⁴⁴⁰. En cas de placement d'office, les hospices, hôpitaux et communes sont astreints aux réceptions provisoires : "en aucun cas ces aliénés ne pourront être déposés dans une prison"⁴⁴¹.

⁴³⁷ *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, Discussion de la loi sur les aliénés à la Chambre des Députés et à la Chambre des Pairs, *op. cit.*, p. 37.

⁴³⁸ D'après l'article 29 de la loi de 1838, que le placement soit volontaire ou forcé, l'autorité judiciaire peut décider d'y mettre fin à la requête de l'intéressé lui-même, de son tuteur ou curateur, de son conjoint, de tout parent, allié ou ami, de la personne qui avait demandé le placement, et du procureur de la République. Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation le l'établissement qui, après vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

⁴³⁹ Elle se fait sur production d'un certificat médical datant de moins de quinze jours et spécifiant les particularités de la maladie ainsi que la nécessité de le soigner et de l'interner dans un asile. Dans les 24 heures du placement, un bulletin d'entrée, et une copie du certificat médical mentionné et un certificat du médecin de l'établissement doivent être envoyés au préfet (article 8). Dans les trois jours de la réception du bulletin d'entrée, le préfet notifie au Procureur de la République du lieu de l'établissement (article 10). Un nouveau certificat du médecin de l'établissement, confirmant ou rectifiant le premier, est adressé au préfet quinze jours après (article 11). Le médecin de l'établissement doit également, consigner dans un registre spécial, chaque mois, les changements survenus dans l'état mental du malade. Tous les trois mois, les directeurs d'établissements psychiatriques sont tenus d'adresser aux préfets, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne retenue et les résultats du traitement. Le médecin, le préfet, l'époux ou l'épouse, ou à défaut les ascendants, ou à défaut, les descendants, la personne qui a demandé l'admission, peuvent faire procéder à la sortie, avec ou sans guérison. Toutefois, un placement d'office peut suspendre une sortie sans guérison si le médecin de l'établissement estime qu'il y a danger pour les personnes ou l'ordre public. *Loi du 30 juin 1838*, Titre 1, Section 1.

⁴⁴⁰ Le préfet du département ou, à Paris, le préfet de police, peut prescrire d'office l'internement d'une personne, interdite ou non, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes (articles 18 et 23). La décision préfectorale doit être motivée et inscrite sur un registre spécial tenu dans l'établissement psychiatrique, au procureur de la République du domicile de l'interné et à celui de la situation de l'établissement, ainsi qu'au Ministre de l'Intérieur, et au maire du domicile du malade qui doit en donner immédiatement avis à la famille. Le préfet reçoit ensuite chaque semestre un rapport du médecin de l'établissement, à la vue duquel il peut ordonner la sortie du malade (article 20). *Loi du 30 juin 1838*, Titre 1^{er}, section 2.

Ce qui nous intéresse particulièrement ici, c'est que la loi de 1838 ordonne à chaque département d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés. A défaut le département doit traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département⁴⁴². L'autorité publique doit exercer la direction des établissements publics et la surveillance des établissements privés⁴⁴³. Les représentants de l'Etat, du pouvoir municipal et du pouvoir judiciaire sont tenus de visiter les établissements d'aliénés⁴⁴⁴. La loi de 1838 atteste donc du caractère médical de l'aliénation mentale.⁴⁴⁵ Nous souscrivons ainsi à l'analyse de Michel Foucault selon lequel "la psychiatrie reçoit de la loi de 1838 sa consécration comme discipline spécialisée à l'intérieur du champ médical"⁴⁴⁶.

Toutefois, pour le placement d'office, le certificat ne joue que pour conseiller le préfet dans sa décision de placement et la décision du préfet de levée du placement d'office prévaut sur l'avis des chefs d'établissement. C'est donc moins par la primauté de la décision médicale dans la procédure d'internement que par l'institution d'un espace spécialisé de soins psychiatriques que la loi de 1838 valide la psychiatrie comme discipline.

2. L'encombrement asilaire

Par "une espèce d'ultime perversion"⁴⁴⁷, le traitement moral sera rapidement confondu avec l'asile lui-même. Une période de confusion s'amorce au début du XIXème siècle, où coexistent le fou médical et le fou social, agité ou dangereux. Pour ceux qui refusent d'entrer dans la dynamique asilaire, le traitement moral prendra les traits de l'intimidation, du saisissement et de la punition : thérapeutiques de choc, du bain de terreur, du fauteuil rotatoire, séquestration en cellule avec nuit artificielle, saignées répétées, choc électrique dès 1804, etc.

Quant à la construction des asiles, elle débutera vraiment après une période de latence d'une quinzaine d'années. Il existe en effet huit établissements spéciaux en 1818, et trente-sept en 1838. Entre 1838 et 1852, plutôt que d'édifier de nouveaux

⁴⁴¹ Article 24 de la Loi du 30 juin 1838.

⁴⁴² Article 1^{er} de la Loi du 30 juin 1838.

⁴⁴³ Articles 2 et 3 de la Loi du 30 juin 1838. Les établissements publics et privés sont soumis à autorisation (articles 5, 6, 7 de la Loi du 30 juin 1838).

⁴⁴⁴ "Le préfet, ses délégués, ceux du ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix et le maire de la commune" (article 4 de la Loi du 30 juin 1838).

⁴⁴⁵ Le certificat médical n'est toutefois pas indispensable en cas d'urgence.

⁴⁴⁶ Michel Foucault, *Les anormaux*, *op. cit.*, p. 130.

⁴⁴⁷ Postel J. et Quérel Cl., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 316.

établissements, on aménage des quartiers séparés dans les hospices préexistants. En 1874, 40 départements sur 88 possèdent finalement un établissement spécial⁴⁴⁸ et seulement deux d'entre eux sont de construction récente⁴⁴⁹.

Les contrats passés avec les maisons privées permettent effectivement des aménagements légaux peu coûteux. De nombreux départements préfèrent ainsi passer des traités annuels avec les établissements privés pour faire ainsi l'économie d'une construction. Quant aux petits asiles, accueillant moins de 200 aliénés, ils tendent à s'effacer devant les asiles plus grands (500 à 1000 aliénés), aux coûts proportionnellement moins élevés. Le surencombrement oblige d'ailleurs l'administration des Hospices de Paris à passer contrat avec certains asiles de province pour évacuer le "trop-plein".

Tandis que les internements ne cessent d'augmenter après 1838, le constat d'incurabilité resurgit. A partir de 1860, certains aliénistes critiquent l'organisation asilaire, au motif que les malades entassés dans ces établissements ne sont tout simplement pas traités, et imaginent d'autres formes d'institutions⁴⁵⁰. De plus, l'intimidation fait partie intégrante de la pratique asilaire, ainsi que l'attestent les nombreux registres de l'internement⁴⁵¹ et les asiles d'aliénés ont en fait à peu près la même organisation administrative que les dépôts de mendicité créés au début du XIXème siècle.

Les procédures d'internement fonctionnent avec une prédominance du placement d'office sur le placement volontaire. L'affaire Sandon⁴⁵² déclenche les passions dans les années 1860 ; les institutions consacrées au traitement des aliénés sont taxées de "fabrications d'aliénation chronique" et de "bastilles dont le certificat médical est la lettre de cachet"⁴⁵³.

La parution des écrits d'un certain Garçonnet vient ajouter à la polémique. Cet ancien

⁴⁴⁸ Constans, Lunier et Dumesnil, "Rapport sur le service des aliénés en 1874", Paris, 1878.

⁴⁴⁹ Le Mans et Lafond à La Rochelle.

⁴⁵⁰ C'est vers le principe de la colonie agricole que s'orientent les dissidents, conçue notamment comme une alternative aux traitements jugés inefficaces au sein de l'asile classique, comme un façon de constituer de petites sociétés de type "village", et comme un moyen de soulager l'encombrement des asiles

⁴⁵¹ Postel J. et Quételet Cl., *Nouvelle histoire de la psychiatrie, op. cit.*, p. 318.

⁴⁵² Avocat interné durant 18 mois à Charenton, Léon Sandon dénonce son internement comme une manœuvre politique destinée à l'empêcher de révéler les propos peu élogieux de Billault sur Louis Napoléon Bonaparte, alors que le premier a été nommé président du corps législatif par le second après le coup d'Etat. Pour les psychiatres qui examinèrent Sandon, il ne fait pas de doute qu'il est atteint de manie progressive puisqu'il est le propre organisateur d'un système de persécution. Pour l'opinion publique, Sandon apparaît comme la victime d'une machination gouvernementale. Une campagne de presse déchaînée est déclenchée, dénonçant l'arbitraire qui préside aux placements dans les asiles, le despotisme du pouvoir médical et sa complicité vis-à-vis d'une loi coupable.

⁴⁵³ V. du Bled, "Les aliénés en France", *Revue des deux mondes*, 1^{er} novembre 1886, pp. 124-167.

élève de l'École Normale Supérieure, interné en 1842 sur demande de son maître et par l'intermédiaire du médecin Ferrus, publie en 1868 "Port-Royal et la médecine aliéniste", ouvrage dans lequel il formule des critiques à l'égard du mode d'internement prévu par la loi de 1838. Garçonnet ne nie pas le trouble mental qui lui est attribué mais décrit l'horreur asilaire issue de "l'application raisonnée (...) d'une théorie absurde et barbare"⁴⁵⁴. Il dénonce de surcroît un "transfert de pouvoir de la magistrature au corps médical"⁴⁵⁵ opéré par la législation asilaire. Les écrits de Garçonnet trouvent un certain écho. Le Sénat reçoit à cette époque de nombreuses pétitions sur le régime des aliénés en France. Une commission chargée d'étudier ces requêtes, ayant pour mission de proposer des modifications à la loi de 1838 va alors être constituée. L'arrêté ministériel du 20 mars 1857 donnant un modèle minutieux de règlement de service intérieur signale explicitement que les règlements adoptés dans les asiles ne satisfont pas aux prescriptions de la loi de 1838.

En 1869, une enquête administrative ordonnée auprès des médecins et des préfets conclut qu'il n'y a pas eu un seul internement abusif mais la même année, une commission extra-parlementaire reconnaît l'insuffisance du contrôle des internements et préconise la création d'une commission permanente de contrôle. La première proposition de modification de la loi de 1838 date du 21 mars 1870 ; elle est portée par deux députés dont Gambetta. Mais la guerre viendra rapidement interrompre les travaux de cette commission.

La dégradation de la politique d'assistance se confirme avec le caractère non obligatoire des dépenses du département consacrées aux aliénés en 1874⁴⁵⁶. L'encombrement s'accroît et la survie des malades mentaux n'est bientôt assurée que par le travail qu'ils fournissent à l'intérieur de l'asile.

Une critique globale se développe à la fin du XIX^{ème} siècle devant le peu de résultats de la thérapeutique institutionnelle, qui est devenue peu à peu un "instrument à fabriquer des incurables"⁴⁵⁷ comme l'attestent les statistiques de l'époque.

Tableau 4 : Taux de guérison des malades internés en 1874 et en 1886 ⁴⁵⁸

Année	Total du nombre	Sortis guéris	Sortis améliorés	Décédés
-------	-----------------	---------------	------------------	---------

⁴⁵⁴ J. Postel, "Un 'internement arbitraire' au milieu du XIX^{ème} siècle", *L'information psychiatrique*, 48, 1, 1983, pp. 243-249.

⁴⁵⁵ G. Bollotte, "Le scandale des internements arbitraires" (1863-1870), *L'information psychiatrique*, avril 1964, n°4, p. 272.

⁴⁵⁶ La loi du 10 août 1871 avait rendu aux conseils généraux une grande partie des décisions dévolues aux préfets, notamment le vote des questions financières relatives aux aliénés.

⁴⁵⁷ Ces résultats traduisent la sédimentation croissante d'internés incurables et chroniques. Postel et Quételet remarquent que le phénomène de chronicité est d'ailleurs tellement important que certains praticiens vont jusqu'à calculer les pourcentages de guérison, déduction faite des chroniques. Postel J. et Quételet Cl., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 323.

⁴⁵⁸ "Rapport général sur le service des aliénés" (1874), *Statistique générale de la France, service des aliénés (1886)*, in Postel J. et Quételet Cl., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 324.

	d'internés*			
1874	41659	2939 (7,04%)	1378 (3,30%)	4789 (11,49%)
1886	61173	3192 (5,21%)	2043 (3,33%)	6539 (10,69%)

*moyenne entre effectifs comptabilisés au 1er janvier et au 31 décembre.

D'une prise de conscience encore minoritaire chez les aliénistes naissent l'"open-door" chez les anglo-saxons⁴⁵⁹, et les colonies familiales ou agricoles en France. Après la Première Guerre mondiale, la création à l'asile Sainte-Anne de Paris⁴⁶⁰ du premier service pour le traitement des psychopathes dont l'état ne nécessite pas le placement dans les formes prescrites par la loi du 30 juin 1838 témoigne de l'émergence d'un courant de pensée marginal prônant l'extra-hospitalier. Il va toutefois d'adresser principalement à l'époque au monde de la névrose, avec le développement des thérapies dites "psychodynamiques".

Avant la seconde guerre mondiale, le bilan est le suivant : plus de quinze projets de réforme de la loi de 1838 ont vu le jour entre 1870 et 1939 sans jamais déboucher sur une modification du texte. Certains demandent la légalisation de l'ouverture des services et du placement libre, la mise en place des sorties d'essai et le recrutement de médecins hospitaliers par concours⁴⁶¹. D'autres envisagent de spécialiser les établissements par catégories de malades : idiots, crétins, épileptiques, alcooliques, criminels. Il existe en 1939 une petite centaine d'asiles au total dont 69 sont publics⁴⁶². Le projet de réforme de 1939 est directement lié au début d'application de la circulaire du 13 octobre 1937, signée par Marc Rucart, Ministre de la Santé du gouvernement du Front Populaire. Ce projet prévoit le placement spontané, la création de services ouverts ou "dispensaires d'hygiène mentale" et la légalisation des sorties d'essai. Mais avec la débâcle de mai 1940, l'examen du projet de loi par le Sénat est interrompu.

B- La justification thérapeutique du secteur

La question des origines du secteur fait l'objet de controverses⁴⁶³. Tantôt l'on retient la date de la première circulaire qui lui donne une existence officielle en 1960, tantôt l'on

⁴⁵⁹ Le système des asiles en "cottage" britanniques est créé en 1865.

⁴⁶⁰ Etienne Toulouse crée le premier service libre en 1922 à Saint-Anne.

⁴⁶¹ Catherine Canillot, "La loi du 30 juin 1838 : impossible réforme ?", Thèse de médecine soutenue le 14 décembre 1983 à l'Université Claude Bernard, Lyon I, p. 100.

⁴⁶² Postel J. et Quételet Cl., *Nouvelle histoire de la psychiatrie, op. cit.*, p. 201.

⁴⁶³ En 1978, Lucien Bonnafé critique le discours commun selon lequel la psychiatrie de secteur daterait de mars 1960 et se réjouit du fait que, l'histoire officielle de la psychiatrie de secteur soit de plus en plus critiquée. Pour Lucien Bonnafé, le mot secteur est apparu dans le discours public sur l'organisation des services de santé mentale, en réponse aux préoccupations des médecins des hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de public "posant le problème de leurs dépendances par rapport à la direction de l'établissement" (Lucien Bonnafé, "Thèses 1978 sur la "psychiatrie de secteur"", *L'Information psychiatrique*, vol. 54, n°8, octobre 1978, p. 876).

situe ses débuts dans les pratiques de psychothérapie institutionnelle ayant débuté avant-guerre, pratiques valorisées en 1945 par des psychiatres désireux de mettre fin à l'aliénisme⁴⁶⁴. Il nous semble indéniable que l'idée du secteur apparaît bien avant 1960. Sa réalisation, quant à elle, n'a cessé de s'échelonner dans le temps, et à différents degrés dans l'espace.

Il n'existe pas de définition univoque de la notion de secteur : tantôt elle désignera une méthode héritée de la psychothérapie institutionnelle⁴⁶⁵, tantôt la psychiatrie hors les murs au sens strict, tantôt le territoire rattaché à une même équipe soignante. De même, la notion de "santé mentale" qui connaît un usage politique flagrant actuellement⁴⁶⁶, connaît un usage ancien⁴⁶⁷. Nous allons donc tenter de restituer ce que recouvre l'idée de secteur à partir des discours des représentants de la médecine des hôpitaux psychiatriques depuis la fin des années 1930.

B-1- LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU "MILIEU"

La définition du secteur est fonction de ceux qui en font usage ; son statut est donc variable. L'expression "santé mentale", comme le mot "secteur" sont en fait des

⁴⁶⁴ Circulaire non parue au journal officiel signée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population relative au Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, Direction Générale de la Santé Publique, 7^{ème} bureau. Cf. Annexe.

⁴⁶⁵ Tout un monde formé à Saint Anne et ailleurs (Daumézon, Tosquelles, Bonnafé, Balvet...), marqué par la guerre et la résistance, souhaite retenir la place prépondérante donnée à la parole et à l'écoute ainsi qu'à la possibilité de donner un sens à l'étrangeté du discours du psychotique. François Tosquelles, directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint Alban dès 1941, pionnier de la psychothérapie institutionnelle se réfère à la thèse de Lacan sur la personnalité paranoïaque (éditée clandestinement par l'imprimerie du Club des malades) et lui emprunte sa démarche compréhensive favorisant les rencontres, les échanges et les réunions privilégiant tant la parole des soignés que des soignants. L'effervescence intellectuelle et une volonté créative, marquées par la psychanalyse permettent l'émergence de la psychothérapie institutionnelle, méthode consistant à utiliser au maximum l'institution hospitalière comme lieu de vie communautaire. Georges Daumézon oppose cette méthode au secteur qui consiste à être hors de l'hôpital et à n'être pas maître de l'institution. Yves Bernard, directeur d'hôpital, comprend cette proposition comme la preuve qu'une des dérives provenant du modèle psychanalytique conduit à négliger les contraintes externes et aboutit à maintenir les structures asilaires, de sorte que la sectorisation se développe "à côté et non pas au lieu de l'intra-hospitalier [...] le personnel de la sectorisation est recruté en plus et non par redéploiement des équipes hospitalières", (Yves Bernard -pseudonyme, "L'évolution de 1938 à aujourd'hui", in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué (dir) *La santé mentale des français*, Odile Jacob, mars 2002, p. 48).

⁴⁶⁶ Jean-Pierre martin, praticien hospitalier médecin-chef à Paris, rappelle que le fait de donner un contenu conceptuel à la santé mentale est un enjeu politique et s'interroge sur les différents contenus réels d'une telle expression : "habit neuf d'une psychiatrie discréditée ? Redéfinition de l'Etat Providence adaptée aux nécessités des logiques économiques libérales ? Forme de gestion des risques des populations déviantes ?..." (Jen-Pierre Martin, "Critique de la santé mentale", *Perspectives psychiatriques*, volume 41, n°4, septembre-octobre 2002, pp. 253-254).

⁴⁶⁷ Cette expression, qui émerge dans le discours politique et juridique entre 1985 et 1990 à titre de notion centrale, est présente dès 1945 dans les circulaires ou les articles de la revue *L'information psychiatrique*. On la retrouve dans d'autres revues spécialisées de psychiatrie ou les synthèses de colloques des années 1960 à aujourd'hui.

"représentation-effet [...] des contextes historiques, dans chaque ensemble sociétal culturé, des fantasmes, des pensées, des idées, des mises en mythe et en institution"⁴⁶⁸. Par conséquent, nous privilégierons la contextualisation de ces termes, en raison même du fait que leur définition bute sur tout effort d'universalisation.

Afin de cerner la conception qui relie la définition du secteur à un certain problème de santé mentale, il faut se pencher sur le contenu qui lui est donné, en représentation et en actes depuis sa naissance. Force est de revenir alors sur les discours d'union des psychiatres dans l'après-guerre, ainsi que sur les premiers développements pratiques et juridiques qui lui sont associés.

1. L'espoir thérapeutique, une révolution

Eugène Minkowski fait remonter les premiers services aux années 1920. Dès 1927, il constate à la toute fin de son ouvrage *La schizophrénie* la création d'un dispensaire psychiatrique à Zurich prouvant qu'un "lien intime doit exister entre la notion (de curabilité) de Bleuler et l'activité du psychiatre-thérapeute par-dessus les murs de l'asile". En France, le médecin Etienne Toulouse insiste justement sur la réversibilité des troubles mentaux⁴⁶⁹. Pour Minkowski, l'idée de curabilité de l'œuvre de Toulouse ou de Bleuler doit forcément connaître les mêmes résultats pratiques. Et en effet, à la même époque en France, on crée la Ligue d'hygiène mentale et Etienne Toulouse institue dans les années 1920 les premiers services "ouverts" de prophylaxie mentale à Saint-Anne.

En France, de 1937 à 1955, les ministres successifs recommandent aux préfets le développement des consultations d'hygiène mentale⁴⁷⁰. La circulaire Rucart du 13 octobre 1937 soutient notamment l'idée que les devoirs du service public psychiatrique ne se limitent pas aux responsabilités intra-asilaires puisqu'elle préconise l'ouverture de

⁴⁶⁸ Michel Audisio, "La santé mentale, enjeu psychique, problématique culturelle et question politique", séminaire de travail sur les cultures professionnelles, MiRe/DREES, GREPH, Institut des Sciences de l'Homme, 24 janvier 2003. Michel Audisio est anthropologue, ancien psychiatre et psychanalyste.

⁴⁶⁹ Dans sa conclusion intitulée 'Applications pratiques', Minkowski conclut : "la condition d'être d'un dispensaire a pour condition préalable un remaniement des notions psychiatriques", "un séjour prolongé à l'asile n'est guère indiqué pour le schizophrène. Il s'adapte à l'asile et se fige. Le placement familial combat efficacement cette tendance [...]. La thérapie du travail vient seconder ces efforts. Elle a maintenant aussi une base psychologique". "Ces mesures, cependant, n'épuisent pas encore le rôle du psychiatre [...] il devient du devoir du médecin d'essayer toujours à nouveau de pratiquer une brèche dans les réactions schizophréniques". Minkowski parle alors de promenade, de transfert de quartier à un autre, ou d'asile à asile, de sorties précoces "donnant souvent des résultats inattendus et excellents". Le même principe préside pour Minkowski à "l'application d'agents médicamenteux (provoquer des accès de fièvre, narcotiques)". Constatant qu'une "conversation est parfois préférable à une analyse savante" et que "le scepticisme thérapeutique d'un directeur d'établissement retentira nécessairement sur toute la maison, ses collaborateurs et le personnel infirmier surtout", Minkowski met en avant le caractère curable de la schizophrénie : "certes, à Zurich, aussi peu qu'ailleurs, on ne connaît pas de traitement causal, de traitement infaillible de la schizophrénie. Cependant, cette affection est devenue, sous l'impulsion de Bleuler, une affection curable, c'est-à-dire accessible à notre activité thérapeutique, tant collective qu'individuelle. [...] Le nombre de schizophrènes améliorés, rendus à la vie sociale, ne se compte plus. Dans d'autres conditions, ils n'auraient fait probablement que sombrer de plus en plus dans leur autisme", Eugène Minkowski, *La schizophrénie*, op. cit., pp. 274-281.

dispensaires d'hygiène mentale dans chaque département⁴⁷¹.

Les fondements doctrinaux du secteur s'ébauchent dans trois "lieux" où l'on retrouve les mêmes personnalités : au Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, lors des journées psychiatriques de 1947, et à la Commission des Maladies Mentales du Comité Permanent d'hygiène sociale entre 1947 et 1955. Nous allons tenter d'en mettre en valeur les points saillants.

En 1945, Georges Daumézon, récemment désigné Secrétaire Général du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques fondé sur la dissolution de l'Association Amicale des Médecins des Établissements Publics d'Aliénés, lance un appel à "détruire le mythe de l'incurabilité" par une "renaissance législative (qui) se fait cruellement attendre"⁴⁷². La même année, Jean Lauzier⁴⁷³, conseiller technique au Ministère de la santé depuis 1924 justifie le changement de nom de la revue L'Aliéniste français en L'Information psychiatrique, par un élargissement de la compétence du bulletin à "la santé mentale, individuelle ou sociale de la nation"⁴⁷⁴, nécessitant à l'avenir la publication des textes administratifs ou législatifs en vigueur.

L'exigence d'unité du système de protection de la santé mentale intra et extra-hospitalier, soutenue lors des journées psychiatriques de 1947 s'appuie largement sur l'avant projet de loi de Xavier Abély sur l'assistance et l'hospitalisation des malades

⁴⁷⁰ Georges Daumézon et Edmond Sanquer, "Le secteur psychiatrique, essai d'approche de la réglementation", *L'information psychiatrique*, volume 56, n°5, juin 1980.

⁴⁷¹ Lucien Bonnafé, "Thèses 1978 sur la "psychiatrie de secteur", *L'Information psychiatrique*, vol. 54, n°8, octobre 1978, p. 877.

⁴⁷² Georges Daumézon rappelle à cette occasion que l'incurabilité a été un motif d'abandon des populations des hôpitaux psychiatriques pendant la guerre, les moyens à viser sont énumérés ainsi : "une renaissance législative se fait cruellement attendre...On obtient rien tant que l'on n'a pas convaincu le grand public et au milieu de lui la bastille des finances". La première revendication de la psychiatrie est donc d'ordre juridique ; elle est indexée à une concrétisation par des moyens matériels (Georges Daumézon, *L'information Psychiatrique*, n°1, août 1945, p. 7. A la fin de la guerre, Georges Daumézon est médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais, près d'Orléans, après avoir débuté en tant que médecin chef à Saint-Anne. Il a soutenu une thèse sur l'histoire du statut des infirmiers en psychiatrie et dénoncé le caractère aliénant de l'hôpital psychiatrique. En tant que médecin, il introduit à l'hôpital de multiples activités distractives, culturelles, sportives auxquelles participe tout le personnel, y compris le personnel administratif et technique. Il crée des réunions de pavillons où sont dégagées les stratégies thérapeutiques de chaque patient, liant traitement biologique et psychothérapie, et où l'on débat des conflits et problèmes liés à la vie du pavillon. Nommé en région parisienne, il poursuivra cette démarche désaliéniste à Maison-Blanche avec la collaboration de ses deux internes Philippe Paumelle et Philippe Koechlin. C'est avec ce dernier qu'il rédigera en 1952 un article qui paraît dans les *Annales Portugaises de Psychiatrie* énonçant pour la première fois le syntagme "psychothérapie institutionnelle". Philippe Paumelle, dans sa thèse consacrée au traitement de l'agitation (1951), il décrit les expériences de Saint-Alban, de Fleury-les-Aubrais et de Maison-Blanche (Jean Ayme, "Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle", extraits, *L'information psychiatrique*, n°3, 1983, pp. 399-412).

⁴⁷³ Jean Lauzier est né en 1893. Ancien interne des hôpitaux psychiatriques, conseiller technique au Ministère de la santé en 1924, il est médecin chef à l'hôpital psychiatrique départemental Les petits prés en Seine et Oise.

⁴⁷⁴ Editorial, *L'information Psychiatrique*, n°1, août 1945, p. 6.

mentaux rédigé en 1946 avec Georges Daumézon, en réponse à une demande des pouvoirs publics⁴⁷⁵. En substance, le Rapport Abély opte pour l'admission selon des formes dites 'nomades' d'hospitalisation au motif que le système d'internement et le statut des services résultant de la législation de 1838 constituent un obstacle à la dissociation des éléments de l'internement (dépistage, prévention, traitement, postcure, et réadaptation sociale).

Le titre I de l'avant-projet, consacré au "service psychiatrique départemental", rédigé par Georges Daumézon, envisage de "charger les organismes départementaux, sous la direction de spécialistes éprouvés, responsables de la santé mentale des habitants de chaque département"⁴⁷⁶. L'avant-projet affirme l'utilité du partage de l'activité de soins des médecins des hôpitaux psychiatriques entre l'hôpital, et des dispensaires ou autres services extra-hospitaliers, eux-mêmes secondés par un service médico-social. L'objectif premier est de contrer la logique de la loi de 1838, qui prévoit le traitement d'une seule catégorie restreinte de malades mentaux, et susciter la "collaboration entre praticiens, assistantes sociales polyvalentes de secteur, et éducateurs"⁴⁷⁷.

L'avant projet de loi écrit par Georges Daumézon et Xavier Abély ne sera jamais repris par le Parlement. Le conseil du Syndicat des Médecins des hôpitaux psychiatriques invitera dès lors les psychiatres à poursuivre en s'appuyant sur les recommandations officielles exprimées par les circulaires de 1937 et 1941, l'application intégrale de la loi de 1838. Cette idée d'application "intégrale" signifie correspond en fait dans l'esprit du Syndicat à la "généralisation du placement volontaire gratuit, la lutte systématique contre les déviations de l'interprétation de la loi [...], la création d'un service social psychiatrique dans chacun de nos départements, et la multiplication de la création de services ouverts dans nos hôpitaux psychiatriques ou autour d'eux"⁴⁷⁸. A défaut d'abrogation de la loi de 1838, le Syndicat en appelle donc les praticiens à une application tournée vers l'extra-hospitalier.

Cette nouvelle organisation est justifiée de manière générale par les progrès de la science. Ainsi, Xavier Abély fonde la nécessité d'une action précoce de prévention et d'encadrement social sur "les progrès de la science"⁴⁷⁹, laissant espérer que la société ne limite pas son action à soigner en isolant les malades. Il s'agit plus particulièrement pour

⁴⁷⁵ "Il nous a été demandé d'élaborer un texte susceptible de remplacer la loi de 1838" (Xavier Abély et Georges Daumézon, "Avant projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux", *L'information psychiatrique*, février 1946, n°6, p. 103).

⁴⁷⁶ Xavier Abély, "Avant projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux", *L'information psychiatrique*, *op. cit.*, p. 103.

⁴⁷⁷ *Ibid*, p. 103.

⁴⁷⁸ A ce moment-là, le syndicat dénonce le déficit de population dans les hôpitaux psychiatriques par rapport à 1939 (estimé à 26400 selon le conseil syndical) alors que l'on constate un retour croissant du nombre d'admissions dans la Seine. Si le nombre de places vacantes reste important, les psychiatres du syndicat proposent d'organiser des services d'arriérés inéducables afin de diminuer le déficit de lits de la psychiatrie infanto-juvénile ("les problèmes psychiatriques actuels", *L'information psychiatrique*, décembre 1945, n°4, p. 53).

les rédacteurs de l'avant-projet de contrer "le décalage entre les réformes et l'extension qu'appellent les progrès de la connaissance et les possibilités concrètes de se réaliser qui leur sont offertes"⁴⁸⁰.

La possibilité "actuelle" de guérir un grand nombre de déprimés, délirants et même déments est donc affirmée⁴⁸¹. Jean Delay, Titulaire de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale à Saint-Anne, formulera en 1950 cet espoir thérapeutique lors de la conférence d'ouverture du premier Congrès mondial de la psychiatrie :

"Le mot de guérison [...] ne nous est plus interdit. C'est à traiter les malades que vise aujourd'hui essentiellement la médecine mentale, rejoignant ainsi l'objet de toute médecine"⁴⁸².

Alain Ehrenberg s'interroge sur les raisons d'un tel optimisme puisque la population internée à ce moment-là est encore "essentiellement composée de malades chroniques, de vieillards atteints par la démence sénile, d'"agités" constituant la plaie de l'asile, et de mélancoliques, dont le personnel craint les tentatives de suicide"⁴⁸³. Pour sa part, Ehrenberg attribue l'enthousiasme des psychiatres au développement des méthodes de choc, qui seraient la véritable révolution : les électrochocs et l'insulinothérapie ouvriraient la voie à l'action en "fournissant des bases expérimentales pour comprendre l'étiopathogénie des troubles mentaux"⁴⁸⁴. Toujours selon ce sociologue, l'apparition des premiers médicaments neuroleptiques en 1952 contribuera à faciliter l'action thérapeutique dans son ensemble dans un cadre non asilaire. Nous ne souscrivons pas à l'analyse de Alain Ehrenberg. Plusieurs éléments nous conduisent à une telle position.

Tout d'abord, le bilan dressé par Lucien Bonnafé attribue à la révolution thérapeutique initiée dans l'après guerre un contenu qui n'est pas centré sur les méthodes de choc et les neuroleptiques. Il déclare en effet en 1960 que :

"Ce ne sont ni les thérapeutiques de choc, ni les neuroleptiques qui caractérisent

⁴⁷⁹ Xavier Abély, "Avant projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux", *L'information psychiatrique*, op. cit., p. 103.

⁴⁸⁰ René Bessère et Louis Le Guillant, "La crise de la psychiatrie", *L'information psychiatrique*, novembre 1947, n°2, p. 43.

⁴⁸¹ Docteur Logre, article paru dans *Le Monde* le 10 février 1948, reproduit dans *L'information psychiatrique*, avril-mai 1948, n°7, p. 179.

⁴⁸² Jean Delay, "*Discours d'ouverture du premier congrès mondial de psychiatrie*", réédité dans *Aspects de la psychiatrie moderne*, Paris, PUF, 1956, p. 50.

⁴⁸³ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 2000, p. 74.

⁴⁸⁴ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, op. cit., p. 77. Il semble en effet que les méthodes de choc ouvrent aux psychiatres un espace de soins d'une autre nature comme l'indique Georges Daumézon : "l'introduction des thérapeutiques aux effets spectaculaires dans la pratique psychiatrique, au maniement assez brutal, est un des facteurs essentiels de l'évolution de notre pratique et d'une connaissance meilleure des mécanismes psycho-pathologique" (Georges Daumézon, "L'application pratique des thèses nouvelles en assistance psychiatrique", extrait d'une conférence donnée à l'ENSP du 13 mars 1948, *L'information psychiatrique*, septembre 1948, p. 239).

le virage moderne⁴⁸⁵ en psychiatrie. Ces moyens sont des moyens décisifs, certes, mais ce qui est le plus représentatif de la mutation accomplie, c'est la notion de plein traitement au plein sens du terme : la mise en œuvre de tous les moyens susceptibles d'influencer favorablement le cours de la maladie afin d'obtenir l'optimum de "réadaptation sociale"...l'aspect structurant de cette entreprise n'est pas le moyen médicamenteux mais la relation soignant-soigné"

486 .

Pour Lucien Bonnafé, la véritable révolution, c'est l'idée de continuité de la relation thérapeutique comme règle d'efficacité ; le caractère personnel de ce soutien lui apparaît certes comme une exigence première, mais ce sont les caractères spécifiques de l'institution en tant que collectif, conçus comme les conditions d'un "champ de relations" bénéfique au patient, qui fondent un espoir thérapeutique inédit.

Un tel bilan, dans la mesure où il est établi en 1960 par Bonnafé, pourrait constituer une réécriture a posteriori de l'histoire psychiatrique. Aussi, est-il utile de revenir sur les écrits de quelques médecins des hôpitaux psychiatriques les plus militants, qui pointent dès la période de la guerre les limites du modèle biologique d'explication de la maladie mentale et condamnent une approche strictement médicale, voire hospitalière. Ce qui frappe alors, c'est que la préférence pour une approche psycho-dynamique et sociale est renforcée ou plutôt révélée par les événements de la guerre. Plus précisément, si l'on en croit les termes de Louis Le Guillant, médecin des hôpitaux psychiatriques depuis 1931, dans un numéro de la revue *L'Hygiène mentale*⁴⁸⁷ de 1941, la sortie forcée des malades a mis en évidence la responsabilité de l'asile dans la chronicisation des patients. Le récit de l'expérience de Louis Le Guillant à l'hôpital de la Charité-sur-Loire a valeur d'exemple en la matière. Ainsi, après l'installation des premières batteries allemandes dans l'hôpital, la direction de l'établissement prend l'initiative de libérer un certain nombre de malades munis de quelques vivres, la plupart ayant leur famille dans la région ; d'autres patients s'évadent. Cet "externement" forcé de 103 personnes constitue d'après Louis Le Guillant "une expérience de réadaptation sociale instituée par les événements de la guerre"⁴⁸⁸.

En effet, la sortie de l'hôpital d'un certain nombre de cas prouve en négatif la chronicisation liée à l'internement de longue durée. De ces cas, Louis Le Guillant en déduit que "les persévérations asilaires où les inter-réactions du malade et du milieu prolongent indéfiniment certains comportements malgré l'évolution favorable de la psychose"⁴⁸⁹. Nous choisissons de livrer l'un des exemples rapportés par Le Guillant :

⁴⁸⁵ L'adjectif "moderne" est mis en valeur par Bonnafé lui-même.

⁴⁸⁶ Lucien Bonnafé, "La doctrine post-esquirolienne", *L'information psychiatrique*, avril 1960, n°4, p. 426.

⁴⁸⁷ Louis Le Guillant, *L'Hygiène mentale*, n°6, 1946-1947, in "Quelles psychiatrie pour notre temps", *Travaux et Ecrits de Louis Le Guillant*, Toulouse, Erès, 1984. Ce texte est un fragment d'une communication à la Société médico-psychologique intitulée "Remarques sur la libération forcée de 89 internés", datée du printemps 1941.

⁴⁸⁸ *L'Hygiène mentale*, n°6, op. cit., p. 21.

⁴⁸⁹ *Ibid*, p. 25.

«Bail Emile. Interné par placement d'office.[...] Bail a donné pendant des années, à tous – et à nous-mêmes- l'impression d'un sujet incapable de vivre en liberté, bien qu'aucune tentative dans ce sens n'ait jamais été faite [...] Libéré le 16 juin, Bail. Se rendait chez sa mère et, le 29 août 1940, son beau-frère nous écrivait : "depuis le 17 juin, il travaille régulièrement chez un boulanger, à C-en-B et vient tous les jours à T. où il passe le temps où il est libre aux travaux du jardin. Jusqu'à ce jour, il va bien et nous espérons que cela continuera". ⁴⁹⁰

La révolution psychiatrique dont parlent les médecins des hôpitaux psychiatriques dans les années 1940 se fonde donc plus sur les expériences issues d'une situation de guerre que sur les méthodes de choc.

Georges Daumézon s'accorde à penser comme Louis Le Guillant que les expériences de ce type remettent en cause la clinique médicale habituelle, clinique réduisant "la justification sociale du psychiatre à la constatation juridique du trouble mental"⁴⁹¹. Daumézon prône alors une 'nouvelle clinique d'activités' consistant à "étudier de façon dynamique, au cours de conduites ayant elles-mêmes un dynamisme curateur, le comportement des sujets confiés aux soins"⁴⁹².

Les "principes d'une assistance nouvelle"⁴⁹³ feront d'ailleurs l'objet d'un supplément au numéro de juin 1948 la revue L'information psychiatrique : l'auteur du fascicule adjoint au périodique, lui-même médecin des hôpitaux psychiatriques, y met en avant la nécessité d'abandonner "l'ambiance-culte de la maladie" jugée nuisible au malade mental, afin de parvenir à lui "réapprendre à vivre"⁴⁹⁴. L'hôpital psychiatrique renouvelé, pour devenir vivant, doit être "semblable à un petit village"⁴⁹⁵, ce qui le différencie essentiellement d'un l'hôpital ordinaire. En conséquence, il s'agit pour le personnel, idéalement peu nombreux, de développer la vie sociale sous toutes ses formes⁴⁹⁶. Ce

⁴⁹⁰ *Ibid*, p. 27.

⁴⁹¹ Georges Daumézon, "L'application pratique des thèses nouvelles en assistance psychiatrique", extrait d'une conférence donnée à l'ENSP du 13 mars 1948, *L'information psychiatrique*, septembre 1948, p. 239.

⁴⁹² Georges Daumézon, "L'application pratique des thèses nouvelles en assistance psychiatrique", *op. cit.*, p. 241. Daumézon constate que des réalisations diverses comme l'organisation du travail ou de fêtes pour les malades constituent une orientation vers l'élargissement de la clinique.

⁴⁹³ Ces principes sont présentés par Agnès Masson, Lauréate de l'Académie de Médecine, et médecin des hôpitaux psychiatriques, Cahors, Impression A Coueslant, 77052, reproduit dans *L'information psychiatrique*, juin 1948, supplément au n°8, pp. 1-14

⁴⁹⁴ Agnès Masson, *L'information psychiatrique*, *op. cit.*, pp. 3-4.

⁴⁹⁵ *Ibid*, p. 6.

⁴⁹⁶ Agnès Masson fixe le principe de l'hospitalisation courte (de 15 jours à un mois et demi) et pour ceux qui sont difficilement réadaptables, la restitution d'une vie sociale (un peu d'argent à sa disposition, des sorties en ville, des spectacles...) et espère qu'à terme, il n'y aura plus de chroniques (*Ibid*, pp. 3-4 et p. 12).

texte, consacré à la vie dans l'hôpital, renvoie directement aux premiers développements de la 'psychothérapie institutionnelle', syntagme qui sera proposé en 1952 par Georges Daumézon (voir infra).

Outre les expériences de la guerre, il convient ici de mettre au rang des facteurs d'une nouvelle conception des soins la création de la sécurité sociale, qui autorise les médecins des hôpitaux psychiatriques à croire en la faisabilité pratique d'une rénovation clinique. Sur ce point, Georges Daumézon fait précisément du prix de journée auquel participe largement l'Etat et les communes⁴⁹⁷, et des subventions du Ministère un moyen de court-circuiter les barrières départementales empêchant la rénovation clinique.

Une seconde critique peut être apportée à l'analyse de Alain Ehrenberg qui fait de la découverte des neuroleptiques le levier de la révolution thérapeutique des années 1950. En effet, c'est à la suite d'observations empiriques que certains psychiatres concluent à l'efficacité nette des nouveautés psycho-pharmacologiques des années 1950 dans les cas seulement où un travail institutionnel soutenu a pu être poursuivi antérieurement dans d'assez bonnes conditions. Lucien Bonnafé affirme avec d'autres sur cette question que ce ne sont pas les médicaments qui majorent l'efficacité de la psychothérapie mais bien l'inverse⁴⁹⁸.

2. L'idée de secteur psychiatrique

Elle naît dans l'après-guerre sans que le terme de secteur ne soit encore créé pour la désigner. Plusieurs actes nous permettent d'en définir les contours ; nous en retiendrons trois.

Premièrement, on retient les résolutions adoptées à l'unanimité par la commission psychiatrique de l'Union des Médecins Français réunie les 27 et 28 janvier 1947. La première résolution, déplorant la précarité de l'équipement national en matière de protection de la santé mentale⁴⁹⁹ et l'absence dans certains départements de toute organisation publique ou privée, demande que soient fixés les principes d'une politique cohérente et l'ouverture d'urgence dans tous les départements d'un noyau psychiatrique

⁴⁹⁷ Ordonnance du 18 décembre 1944 sur la fixation des prix de journée.

⁴⁹⁸ Lucien Bonnafé affirme qu'avec les progrès de la chimiothérapie, notamment par les médicaments de grande efficacité depuis 1952, "les traditionnels réductionnismes sur quelque infime fétichisé ont persisté avec une ampleur renouvelée". Il rappelle en effet que lors d'un Congrès sur la chronicité en psychiatrie à Marseille en 1964, Louis Le Guillant, Hubert Mignot et lui-même ont souligné que l'efficacité des médicaments comme le Largactil (un neuroleptique) s'avérait meilleure et entraînait même une économie des doses lorsque la prescription était mise au point par le collectif soignant plutôt que par le Docteur seul, et quand la personne soignée y participait également. La réduction des durées de séjour, sans retour (avec vingt mois de recul) attestaient de cette "corrélacion de la chimie avec science et art de l'écoute et de l'écho". Lucien Bonnafé, *La psychanalyse de la connaissance*, op. cit., p. 81 et p. 27.

⁴⁹⁹ "l'absence presque totale d'équipement bâti dans le secteur infantile, l'absence de contrôle médico-psychologique sur les établissements recevant des cas sociaux, la fermeture ou le détournement de fonction des établissements existants sans souci des nécessités démographiques, l'organisation rudimentaire des dispositions d'hygiène et de prophylaxie mentale", Compte-rendu des Journées Psychiatriques Nationales de 1947, *L'information psychiatrique*, mars 1947, n°6, p. 148.

comportant un service d'accueil et de cure rapide, un réseau de dispensaires, et un poste au moins de psychiatre à temps complet⁵⁰⁰. La deuxième résolution approuve le principe d'un dispositif de cure et de réadaptation adapté aux données géo-démographiques du département⁵⁰¹. La troisième résolution⁵⁰² approuve à l'unanimité le rapport de Xavier Abély sur les problèmes de législation sur la santé mentale et son avant-projet de loi.

Deuxièmement, au mois de mai 1947, Henri Ey et H. M. Gallot parlent d'une "doctrine" élaborée au cours des journées psychiatriques de mars, basée sur "l'unité de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental" : les services fermés sont conçus comme une phase d'un service d'assistance plus vaste et plus souple comprenant des services d'observation, de cures libres, de dispensaires, de colonies familiales ..."⁵⁰³. Dans les années 1947 et 1948, les médecins des hôpitaux psychiatriques placent donc naturellement un grand espoir dans les circulaires et arrêtés constituant les premières ébauches d'une rénovation organisationnelle officielle⁵⁰⁴.

Troisièmement, un mémorandum rédigé en 1950 par le Conseil Syndical de L'information psychiatrique, signé par douze signataires parmi lesquels on retrouve Georges Daumézon, Xavier Abély, Lucien Bonnafé, Henri Ey, Louis Le Guillant, et Paul Sivadon, invite à un effort de solidarité de la profession autour de la même exigence :

"L'unité administrative de la lutte contre les maladies mentales doit être la circonscription territoriale (le département) et non plus l'hôpital psychiatrique [...] le service psychiatrique départemental devrait se présenter comme un ensemble d'organismes dans lesquels l'hôpital ne serait qu'une des pièces d'un échiquier varié"⁵⁰⁵.

⁵⁰⁰ *Ibid*, p. 149.

⁵⁰¹ L'Union des Médecins Français approuve à l'unanimité le rapport de Lucien Bonnafé sur la conception moderne de l'établissement psychiatrique de cure et de réadaptation dont le cas type est un établissement constituant un dispositif de cure et de réadaptation complet pour les besoins d'un secteur géographique susceptible d'alimenter 400 lits au moins, 800 au maximum. La résolution n°2 donne un équilibre démographique à trouver : si le département est peu peuplé, l'ensemble de l'équipement psychiatrique doit être groupé dans cet établissement ; s'il n'y a pas d'hôpital général à proximité, on prévoit un service d'accueil organiquement lié à l'établissement psychiatrique ; dans les cas intermédiaires, la pénétration de la psychiatrie dans les activités de l'hôpital général et celle des divers spécialistes dans l'établissement psychiatrique sont éminemment recommandables. Des solutions particulières sont souhaitées pour les grands centres urbains et les situations démographiques complexes.

⁵⁰² Les résolutions 4 et 5 donnent mandat au Professeur Lhermitte pour prendre contact avec les sociétés savantes et initier des assemblées de psychiatres dans tous les pays.

⁵⁰³ Notons que le cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques, issu d'un concours (infra) représente à l'époque 80% des médecins spécialisés en psychiatrie, H. Ey et H. M. Gallot, "un projet de réglementation de l'exercice de la psychiatrie, en secteur privé et en secteur public", *L'information psychiatrique*, mai 1947, n°7, p. 215.

⁵⁰⁵ *la Loi de 1838 maintiendrait dans un cadre rigide une assistance qui ne comprend ni organisation prophylactique, ni postcure, ni réadaptation sociale ("Le problème de la santé mentale en France", L'information psychiatrique, février 1950, n°2, pp. 56-58). Les auteurs du memorandum souhaitent en outre que des éléments de contrôle et d'animation soient constitués par des inspecteurs généraux nommés pour un temps limité par les médecins psychiatres de service public.*

Le département est interpellé à titre de circonscription démographique de référence et non de centre décisionnel. L'appui de l'administration centrale aux initiatives locales de prévention et de postcure tout comme l'association, en amont, des psychiatres à la politique de l'administration centrale sont constamment réclamés. L'argument principal d'une telle collaboration se fonde sur la compétence des médecins des hôpitaux psychiatriques, seuls à même d'informer l'opinion et les pouvoirs publics qui ignorent les thérapeutiques dites nouvelles et maintiennent les préjugés sur la folie.

Il semble important de noter ici que l'unité des psychiatres de service public paraît moins s'opérer à l'aune d'un courant théorique précis qu'à des revendications politico-juridiques, administratives et économiques communes⁵⁰⁶. Différentes orientations psychothérapeutiques sont en effet compatibles avec une telle unité. Ainsi, en mai 1958, à la troisième réunion du Groupe de Sèvres⁵⁰⁷, Louis Le Guillant précise qu'il existe différentes formulations de la psychothérapie : celle portée par Jean Oury⁵⁰⁸, d'après lequel la psychothérapie est une technique médicale particulière dont le prototype est la relation analytique, est par exemple différente de celle de Bailly Salin qui caractérise la psychothérapie par des procédés intuitifs et empiriques de recherche de contacts, et d'affinités avec le patient.

⁵⁰⁴ Citons pour l'exemple la circulaire du 19 novembre 1945 relative à l'organisation départementale de la santé mentale du Ministre R. Prigent qui demande aux préfets de préciser dans quels établissements les malades mentaux placés sous le régime de la loi de 1838 sont soignés, et quels ont été les transferts collectifs postérieurs au 1^{er} août 1945 ; il est également exigé des préfets un état des lieux sur les consultations de prophylaxie ou d'hygiène mentale (circulaire reproduite dans *L'Information psychiatrique*, n°4, décembre 1945, p. 81). Dans le même esprit, la circulaire du 26 décembre 1945 relative à la réorganisation de l'assistance publique du Ministre R. Arthaud, pointe la nécessité, compte tenu de l'enquête initiée en 1945, de mettre à disposition des malades ne relevant pas de la loi de 1838 des services libres, de développer des services pour enfants "inéducables" ainsi que des services médico-psychologiques pour enfants inadaptés, délinquants, arriérés ou caractériels, de regrouper les malades agités et difficiles (revendication traditionnelle des médecins des hôpitaux psychiatriques), et de créer des services spéciaux de reclassement professionnel et de réadaptation sociale (circulaire reproduite dans *L'Information psychiatrique*, n°1, octobre 1946, pp. 33-35). Le même Ministre, dans une circulaire du 15 novembre 1946 sur l'organisation départementale de la santé et la création de conférences sanitaires départementales, s'interroge sur le transfert des pouvoirs des directeurs régionaux aux directeurs départementaux (circulaire reproduite dans *L'Information psychiatrique*, n°3, décembre 1946, p. 83). Plus encore est-il opportun de rappeler l'arrêté du 2 mai 1947 du ministre Georges Marrane créant une commission d'étude des problèmes de la santé mentale au Ministère de la santé publique et de la population, comprenant en plus de représentants d'organismes ou de ministères axés sur la santé ou l'hygiène sociale, six médecins des hôpitaux psychiatriques, deux directeurs d'hôpital psychiatrique, deux professeurs de clinique psychiatrique, deux psychiatres des hôpitaux de ville et deux agents du personnel secondaire des hôpitaux psychiatriques (circulaire reproduite dans *L'Information psychiatrique*, n°7, mai 1947, p. 225).

⁵⁰⁶ "l'unanimité est facile à obtenir au cours d'assemblées générales, même entre psychiatres de tendances diverses", in "Le problème de la santé mentale en France", memorandum rédigé par le conseil syndical, *L'Information psychiatrique*, février 1950, n°2, p. 57.

⁵⁰⁷ Le Groupe de Sèvres est créé à l'initiative de Georges Daumézon le 26 mai 1957.

⁵⁰⁸ Né en 1924, Jean Oury fut interne à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban. Fondateur de la Clinique de La Borde en 1953, il est un des fervents défenseurs de la psychothérapie institutionnelle.

Le Guillant souhaite clarifier les niveaux auxquels les interventions psychothérapeutiques puisent leur inspiration : le premier est la connaissance pratique de l'homme, le second est la connaissance pratique du malade. S'y ajoute ce "quelque chose d'autre" selon l'expression de Henri Ey, qui caractérise le trouble mental dont le langage phénoménologique serait le plus à même pour Le Guillant d'exprimer l'existence⁵⁰⁹.

Ceci nous permet d'affirmer que les acteurs du désaliénisme, et de la psychothérapie institutionnelle ne sont pas exclusivement rattachés à la psychanalyse comme courant mais puisent dans diverses sources les motifs d'une révolution psychiatrique ; la phénoménologie est l'une d'entre elles.

Un autre élément atteste de l'existence d'exigences communes au-delà de courants théoriques divers : il s'agit du consensus des médecins des hôpitaux psychiatriques sur le rapport des patients à leur travail. La valorisation de la thérapeutique institutionnelle par le travail fait l'unanimité : il s'agit de lutter contre une conception de l'assistance jugée dépassée qui veut que "le produit du travail des malades soit attribué à l'établissement"⁵¹⁰ en développant notamment la gestion directe d'ateliers ou de clubs.

B-2- LE TRAITEMENT PAR L'INSTITUTION

Il s'agira pour nous de montrer ici en quoi le principe du traitement institutionnel a des implications sur une organisation des soins relevant de décisions du pouvoir politique mais plus encore de restituer l'idée que ce principe est lui-même d'ordre politique. Dans un second temps, nous verrons qu'il existe un lien entre une doctrine centrée sur le traitement institutionnel telle qu'elle est définie par les personnalités marquantes de la psychiatrie des années 1960 et l'organisation dite de secteur.

1. La doctrine "post-esquirolienne"

En 1959, soit un an avant la circulaire qui offrira une première définition juridique du secteur, Daumézon pointe les aspects essentiels du travail à mener dans une revue non spécialisée :

"L'un des problèmes essentiels de la technique du travail psychiatrique est celui de l'aménagement des relations de communication à l'intérieur de l'équipe, celui de la réalisation d'une équipe unie ... ce que nous nous sommes fixés comme objectif est pour l'instant une sorte d'utopie bien loin de sa réalisation ... nous pouvons désormais nous assigner un tel but"⁵¹¹.

L'objectif affiché s'est notamment traduit par la création du Groupe de Sèvres en 1957⁵¹²

⁵⁰⁹ Louis Le Guillant, Intervention au groupe de Sèvres, mai 1958, in «Quelle psychiatrie pour notre temps», *Travaux et Ecrits de Louis Le Guillant, op. cit.*, p. 139-154.

⁵¹⁰ Louis Le Guillant, Rapport de la sous-commission désignée dans la séance du 26 avril 1955 par la Commission des Maladies Mentales. L'ordonnance du 18 décembre 1839 indiquait en l'occurrence que le règlement intérieur de l'établissement devait déterminer l'emploi du produit du travail mais le règlement modèle de 1857 fixait le principe de l'appartenance de ce produit à l'établissement. Louis Le Guillant formule en 1955 son souhait que l'on puisse s'appuyer sur l'ordonnance de 1839 pour changer le règlement intérieur et permettre à certains patients de toucher le fruit de leur travail.

sur l'initiative de Daumézon puisque ce dernier a pour but de susciter une forme d'action et d'enseignement visant à rompre "par l'introduction d'une vie sociale dans le vieil asile, la fatalité de certaines structures aliénantes"⁵¹³. Un traitement de l'institution est donc conçu comme primordial pour révolutionner les soins. Afin de saisir les contours du "traitement institutionnel", il semble utile de revenir sur ce que Lucien Bonnafé a nommé dans les années 1960 "la doctrine post-esquirolienne".

Lucien Bonnafé nomme "post-esquirolisme" le courant qui s'épanouit en France depuis 1944. Il reprend l'idée d'Esquirol selon laquelle la maison d'aliénés est elle-même un instrument de guérison. On remarque que le "principe du traitement institutionnel"⁵¹⁴ est retenu par Bonnafé malgré la détérioration historique de l'idée de fonction thérapeutique propre à l'institution : c'est pour ce médecin des hôpitaux psychiatriques le poids du couple surpeuplement-indifférenciation⁵¹⁵ qui aurait rendu l'asile esquirolien contre-thérapeutique, en réduisant considérablement le temps consacré à chaque malade.

Reconnaissant que les expériences de continuité psychothérapeutique avant, pendant, après ou sans séjour hospitalier sont encore limitées, Bonnafé insiste sur le fait que le principe du traitement institutionnel ne permet pas a priori de déterminer le nombre de lits nécessaires mais qu'il a pour effet d'en réduire le nombre à condition que l'on desserve une population d'environ 65000 habitants.

Concrètement, la doctrine post-esquirolienne repose sur l'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure, et la substitution de la fonction de médecin-chef des services psychiatriques à celle du service hospitalier. Ces principes

⁵¹¹ Michel Audisio rapporte les ambitions de Daumézon à partir du manuscrit d'un projet d'article sur la psychiatrie de secteur destiné à la revue "Présences" (Georges Daumézon, *La protection de la santé mentale en France ; état actuel et projets de rénovation, dactylogr., octobre 1959*), Michel Audisio, "Georges Daumézon, pionnier et militant de la psychiatrie de secteur", *l'Information psychiatrique*, volume 56, n°5, juin 1980.

⁵¹² Ce groupe fonctionnera deux ans autour de vingt à quarante personnes. On y retrouve les membres du Groupe Batia, que nous avons déjà évoqué, et la génération suivante des médecins des hôpitaux psychiatriques. Réuni pour traiter des stages notamment des infirmiers et de la revue *Vie sociale et Traitement*, le groupe dépassera très rapidement cet objectif.

⁵¹³ Jean Ayme, *L'information psychiatrique*, n°3, 1983, pp. 399-412. L'une des formes d'action envisagées est la création d'une association loi 1901 en 1957 : c'est Philippe Paumelle, ancien interne à l'hôpital Maison Blanche alors que Georges Daumézon y était médecin chef, qui constitue la première association assumant toutes les charges psychiatriques publiques du XIII^{ème} arrondissement de Paris.

⁵¹⁴ Lucien Bonnafé, "La doctrine post-esquirolienne", *L'information psychiatrique*, avril 1960, n°4, p. 424.

⁵¹⁵ Bonnafé désigne ici non une indifférenciation des malades en terme de pathologie, mais en terme de solution d'externat. Pour Bonnafé, l'absence de solutions d'externat, pour les vieillards par exemple, majore artificiellement le nombre des lits nécessaires ; il souligne la contradiction entre le besoin de différenciation des malades et le refus de "brader les mauvais cas" (incurables notamment), contradiction certes résolue avec la responsabilité de secteur selon Bonnafé mais qui préfigure déjà la future critique du caractère exclusivement social de la prise en charge des handicapés du fait d'un trouble psychique ; Lucien Bonnafé, "La doctrine post-esquirolienne", *L'information psychiatrique*, op. cit., p. 432.

emportent deux conséquences pour Bonnafé : d'une part, l'institution comme collectif, comme champ de relations thérapeutique, suppose que le patient ne soit pas contraint de changer de médecin et que le médecin ne soit pas obligé de subordonner la nécessité clinique à des contingences administratives ; d'autre part, le traitement institutionnel se définit comme "l'idée du service public renonçant radicalement au primat de la relation du chef de service pour donner une primauté toute nouvelle à la relation du médecin avec son malade (le lieu privilégié de la rencontre étant hors de l'hôpital)"⁵¹⁶.

Sur l'application du principe de continuité, la première tâche est "d'épurer de la fonction de médecin chef de son aspect caporaliste" ; la seconde est de mettre en pratique la notion d'équipe soignante, non restreinte aux médecins mais élargie aux infirmiers et aux assistantes sociales.

En outre d'après Bonnafé, la synthèse du principe de continuité et de l'homogénéité de l'équipe conduit à penser "un service riche de diversité, constitué par une série d'éléments légers (dispensaire ou polyclinique avec service à domicile, hôpital de jour, foyer de nuit ou de transition entre l'hôpital et vie sociale autonome...) relevant d'une conception du service psychiatrique public fondée sur des coordonnées plus "horizontales" que verticales"⁵¹⁷. Le modèle hospitalier ne doit garder de l'asile-village que la fonction de "donner d'autres occasions de séjour ou de vie que les salles d'hospitalisation"⁵¹⁸. Le traitement institutionnel débouchera donc naturellement sur l'idée de secteur. Ainsi pour ce médecin des hôpitaux psychiatriques, une telle conception implique la mixité des services, et l'intégration du dispositif psychiatrique à l'hôpital général.

2. Le lien entre Psychothérapie institutionnelle et doctrine de secteur

René Lourau tente en 1970 de retracer l'origine et le cheminement de la psychothérapie institutionnelle⁵¹⁹. Il distingue trois phases pour expliquer comment la recherche et l'expérimentation sur l'institution psychiatrique sont nées de la psychothérapie de groupe et de son dépassement : une phase empirique, une phase idéologique et une phase théorique. La première phase correspond aux descriptions de Louis Le Guillant, telles que nous les avons rapportées.

La seconde phase, idéologique, provoque une "mise en question des rapports sociaux à l'intérieur de l'institution"⁵²⁰ et exige une restructuration de ces rapports. La juxtaposition d'une grille spatio-temporelle juxtaposant l'organigramme et le sociogramme de l'institution se traduit concrètement par la naissance des réunions du personnel, du

⁵¹⁶ Lucien Bonnafé, "La doctrine post-esquirolienne", *op. cit.*, p. 430.

⁵¹⁷ *Ibid*, p. 435.

⁵¹⁸ *Ibid*, p. 439.

⁵¹⁹ René Lourau, *L'analyse institutionnelle*, Editions de Minuit, Collection Arguments, 1970.

⁵²⁰ René Lourau, *L'analyse institutionnelle*, *op. cit.*, p. 181.

pavillon ou du quartier hospitalier. Le brouillage des frontières entre catégories de statuts et de fonctions (infirmiers/médecins, soignants/soignés) fait émerger la notion de transversalité⁵²¹ des fonctions soignantes. Enfin, la phase d'élaboration du concept d'institution consiste à théoriser le paradoxe selon lequel le "réel hospitalier n'a de pouvoir curateur que dans la mesure où il permet l'irréel de l'imaginaire du malade mental"⁵²².

Il faut retenir de la description de René Lourau, et des divers écrits de psychiatres que nous venons de mobiliser que la découverte de la dimension inconsciente de l'institution est intervenue après le constat empirique de l'influence de l'institution comme milieu⁵²³. Les premiers développements de la psychothérapie institutionnelle ont donc consisté à considérer l'institution comme un ensemble de socialisation, une organisation consciente du temps et de l'espace par le personnel soignant et les malades eux-mêmes.

Plus tard, la découverte de la dimension inconsciente de l'institution, sous l'influence de la psychanalyse, sera l'occasion d'une critique de l'hôpital comme simple ensemble de socialisation : l'articulation de cet ensemble avec l'extérieur, autrement dit le fonctionnement du secteur devient un élément du contexte institutionnel. En outre, les outils de socialisation (réunions, activités, participation des malades à la vie de l'hôpital) ne seront plus considérés comme curateurs en eux-mêmes ; ils deviennent des supports et moments de transfert et contre-transfert⁵²⁴.

L'analyse institutionnelle devient dès lors une analyse du système de référence implicite, latent des usagers de l'institution⁵²⁵. Les thérapeutiques institutionnelles sont alors conçues comme des thérapies collectives "visant à constituer un réseau de

⁵²¹ La mise en place d'une structure de transversalité dans l'institution implique un éclatement du statut médical, un découpage de la fonction médicale en de multiples prises en charge impliquant différentes sortes de groupes et de personnes. René Lourau, *Ibid*, p. 189.

⁵²² *Ibid*, p. 183.

⁵²³ René Lourau indique d'ailleurs que Tosquelles explique qu'à l'époque de Saint Alban, les médecins "n'avaient pas compris ce qu'était cette structure homogène de l'inconscient et du langage" (*Ibid*, p. 184).

⁵²⁴ Le transfert consiste dans le report de sentiments favorables ou hostiles effectués par l'analysant sur la personne de l'analyste ; le contre-transfert recouvre l'ensemble des réactions affectives conscientes ou inconscientes de l'analyste envers son patient. Sigmund Freud, dans *Cinq Leçons sur la psychanalyse*, explique que chaque fois que l'on traite psychanalytiquement un névrosé, "ce dernier subit l'étonnant phénomène du transfert" ; cela signifie "qu'il déverse sur le médecin un trop plein d'excitations affectueuses, souvent mêlées d'hostilité, qui n'ont leur source ou leur raison d'être dans aucune expérience réelle ; la façon dont elles apparaissent, et leurs particularités, montrent qu'elles dérivent d'anciens désirs du malade devenus inconscients. Ce fragment de vie affective qu'il ne peut plus rappeler dans son souvenir, le malade le revit aussi dans les relations avec son médecin, et ce n'est qu'après une telle reviviscence par le "transfert" qu'il est convaincu de l'existence, comme de la force de ses mouvements sexuels inconscients" (Sigmund Freud, *Cinq leçons sur la psychanalyse* (1909), traduit de l'allemand par Yves Le Lay, Petite Bibliothèque Payot, 1966, pp. 61-62).

⁵²⁵ François Tosquelles accorde une grande importance à la "boîte noire", réunion d'analyse des soignants dans les rapports avec les soignés, et à la "boîte blanche", réunion où les soignants analysent leurs propres rapports, "Pédagogie et psychothérapie institutionnelle", *Revue de psychothérapie institutionnelle*, n°2-3, 1966.

communication comme organisation thérapeutique de l'institution"⁵²⁶. Il s'agit de traiter scientifiquement un "quotidien réhabilité comme objet de connaissance" dont l'étude se révèle difficile, parce que la dimension symbolique de la réalité spécifie justement la fonction du personnel soignant. La réduction importante de la dimension des institutions, la bisexualisation des personnels et des patients, et la formation de toutes les personnes participant à l'institution en découlent nécessairement.

En 1968, Philippe Koechlin, dans le même esprit que Bonnafé, appellera la psychiatrie de son temps à "rendre l'hôpital thérapeutique" par une "sociologie de l'institution en regardant les relations entre les personnes comme elles sont et non telles qu'elles devraient être"⁵²⁷. Puisque la compartimentation des groupes et leur évitement manifeste une violence subtile, il faudra pour Koechlin former les infirmiers à supporter les défenses psychotiques, susciter des réunions de médecins et d'infirmiers, d'équipe ou pavillonnaires, et veiller à la participation des malades dans la prise de décision collective⁵²⁸.

Philippe Koechlin écrit de la psychothérapie institutionnelle qu'elle "correspond aux psychothérapies réalisées au sein de l'institution, effectuées par l'intermédiaire de l'institution elle-même et de ses structures internes"⁵²⁹. L'usage du terme psychothérapie institutionnelle au singulier est alors justifié par l'intégration de diverses psychothérapies dans un système global. Dans la conception de Koechlin, la relation thérapeutique s'opère entre le malade et le thérapeute mais aussi entre le malade et le personnel soignant, les autres malades et même l'institution.

La personnalisation de l'institution sous un mode fantasmatique par le malade correspond à un mouvement transférentiel propre, dont les médiateurs sont verbaux et matériels. Le niveau, très archaïque, des troubles de la personnalité, nécessite que l'hôpital psychiatrique soit d'abord le lieu d'expression et d'acceptation de la maladie, "dans toutes ses manifestations pathologiques"⁵³⁰ : l'institution permet au malade de multiplier et diffuser ses réactions transférentielles aux différents objets institutionnels.

Ce qui importe pour notre analyse, c'est que l'institution est devenue au psychotique ce que le psychanalyste est au névrosé. Aux Journées Psychiatriques de 1966, les débats révèlent précisément le champ commun de la pratique et de la recherche théorique entre la psychiatrie et la psychanalyse, dont rendent compte les expériences de psychothérapie institutionnelle⁵³¹. De plus, plusieurs thèses témoignent du succès de la

⁵²⁶ L. Bonnafé, R. Andreau, H. Chaigneau, M. Pariente, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome I, Privat, 1965, p. 253.

⁵²⁷ Philippe Koechlin, *L'information psychiatrique*, Volume 44, n°2, février 1968, p. 137.

⁵²⁸ Philippe Koechlin, *Ibid*, pp. 137-138.

⁵²⁹ *Ibid*, p. 15.

⁵³⁰ p. 18.

⁵³¹ Pour Jean Ayme, la revue *L'Evolution Psychiatrique* témoigne de ce champ d'interrogation commun (*Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome II, 1966, p. 231).

psychothérapie institutionnelle dans les années 1970 : elles ont pour point commun de s'attacher à démontrer les bienfaits thérapeutiques d'une perspective psychothérapique héritée de la psychanalyse⁵³². Un facteur supplémentaire, d'ordre institutionnel, vient enfin rapprocher les psychanalystes et les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques puisque face à la carence de formation officielle, ils sont en position de solidarité vis-à-vis de la neurologie.

Nous sommes en droit de nous interroger sur le rapport entre la doctrine de secteur et la psychothérapie institutionnelle. Deux éléments nous permettent d'éclairer ce rapport : un lien en termes sociologiques et un lien en termes conceptuels. En effet, on constate que ce sont les mêmes personnes qui prônent la psychothérapie institutionnelle comme posture soignante et le secteur comme organisation des soins. Lucien Bonnafé reconnaît ainsi l'influence de son propre travail et le rôle de Daumézon, Ey, Lauzier et Mignot à la Commission des Maladies Mentales, organe de liaison entre les autorités qui vont réglementer le secteur et le corps des médecins des hôpitaux psychiatriques. Il n'est donc pas surprenant que Hubert Mignot, alors Secrétaire général du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, se réjouisse de la parution de la circulaire de mars 1960 qui réglemente le secteur : ce texte inaugure d'après lui une médecine collective avant l'heure en décidant que "chaque département aura son asile d'aliénés"⁵³³ et intègre à la lutte relevant de l'Etat contre les fléaux sociaux l'organisation des services de psychiatrie, au même titre que la lutte contre la tuberculose ou les maladies vénériennes.

Ensuite, l'articulation conceptuelle entre secteur et psychothérapie institutionnelle se fait autour de deux items : la notion de continuité des soins et l'idée d'hétérogénéité. En effet, l'accueil favorable fait à la circulaire est l'occasion pour Hubert Mignot de justifier de l'intérêt à préférer une assistance par secteur, seule à même de réaliser une véritable médecine collective psychiatrique, à une assistance qu'il nomme "en cascade". L'organisation idéale des soins, autrement dit pour ce médecin des hôpitaux psychiatriques la seule qui assurerait une médecine collective, est définie ainsi :

"La lutte doit être menée sur l'ensemble du territoire même dans les coins les plus déshérités... il s'agit de travailler au profit de toutes les couches sociales, mais plus particulièrement de celles où le nombre des inadaptés est le plus grand ; il faut toucher tous les névropathes et psychopathes, mais plus particulièrement ceux que leur faiblesse économique et celle de leur entourage éloignent de la médecine libérale"⁵³⁴ .

Le secteur est alors conçu comme le seul capable de relever un tel défi politique, car il se

⁵³² Alain Buzaré en cite trois : la thèse de Claire Valez "Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique" (1970), celle de Marie-Françoise Leroux "Institution d'un Club thérapeutique dans un service de psychiatrie" (1975), et celle de Christian Gréaud "L'équipe schizophrène. Notation du personnel dans un service de psychothérapie institutionnelle" en 1980 (Alain Buzaré, *La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie*, Editions du champ social, Collection Psychothérapie institutionnelle, 2002, pp. 41-42).

⁵³³ Hubert Mignot, "Réflexions sur des principes d'organisation de la lutte contre les maladies sociales", *L'information psychiatrique*, op. cit., p. 561.

⁵³⁴ Hubert Mignot, "Réflexions sur des principes d'organisation de la lutte contre les maladies sociales", op. cit., p. 563.

différencie d'une organisation "en cascade" dans laquelle chaque institution passe le cas difficile ou pénible à une autre :

"Le malade du dispensaire qui se présente un jour où le médecin est débordé est inutilement hospitalisé, celui qui à l'hôpital est une gêne est transféré à l'hôpital psychiatrique ; l'hôpital psychiatrique cherche lui aussi à se débarrasser du cas embarrassant : on prône ou on accepte les transferts sans motifs, les sorties "dans la nature", les placements dans des hospices où le malade ne trouve que des conditions encore plus précaires qu'à l'hôpital psychiatrique"⁵³⁵.

La psychothérapie institutionnelle invite à établir une continuité de la relation de soins. Or le défaut d'une organisation en cascade est justement pour Mignot l'absence de relation suivie par la même équipe médicale dans plusieurs contextes de soins (hôpital et dispensaire principalement). En outre, la création de "home de post-cure, d'ateliers protégés, de placements familiaux, d'hôpitaux de jour"⁵³⁶, conçue comme une composante essentielle du secteur, éviterait la dualité entre malades chroniques et aigus, ce qui satisferait l'exigence de la psychothérapie institutionnelle de favoriser constamment l'hétérogénéité.⁵³⁷

Enfin, les compte-rendus des Journées Psychiatriques de 1966, qui consacrent un chapitre aux "fonctions sociales du psychiatre"⁵³⁸ sont pour nous une source précieuse de compréhension des rapports entre psychothérapie institutionnelle et secteur. En effet, Bailly-Salin fait de l'action de l'équipe psychiatrique sur les structures sociales d'un territoire un élément déterminant du secteur ; Daumézon assigne au médecin une fonction normative, dont l'expertise médico-légale est l'une des illustrations les plus explicites ; Bonnafé fait de la "fonction" et non de "l'extension de la psychiatrie en terme d'objets" la priorité des sujets de réflexion. Le consensus se fait donc autour d'une mission propre au désaliéniste : mettre la société en position de tolérer les objets qu'elle rejette, au lieu de les prendre en tutelle.

Le secteur, défini comme la prise en charge par une équipe médicale des besoins d'une certaine population, est donc identifiable à un carrefour fonctionnel, où doivent non seulement s'additionner mais se multiplier toutes les ressources médico-sociales qu'un service public peut mettre à la disposition des malades mentaux et de leur famille⁵³⁹.

La lecture des comptes-rendus de Charles Brisset et Hubert Mignot des Journées Psychiatriques de 1967 permet de préciser le lien conceptuel entre une telle définition du

⁵³⁵ *Ibid*, p. 564.

⁵³⁶ *Ibid*, p. 566.

⁵³⁷ Lucien Bonnafé n'a eu de cesse de le rappeler et Jean Oury réitère ce principe récemment : "la position de la psychothérapie institutionnelle, c'est de favoriser constamment l'hétérogénéité" (Jean Oury, "De l'inestimable du travail psychiatrique", *Pratiques en santé mentale*, n°3, 2003, p. 35).

⁵³⁸ *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome II, Privat, 1966, pp. 255-261.

⁵³⁹ Henri Ey définit en 1970 le secteur comme ce carrefour fonctionnel dans sa préface à l'ouvrage de Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France*, *op. cit.*, p. 19.

secteur et la psychothérapie institutionnelle. En effet, pour les défenseurs de la psychothérapie institutionnelle, le psychiatre et ceux qui travaillent avec lui sont censés "pénétrer le réseau des interactions dans lequel le sujet se trouve pris" au motif que :

"C'est en agissant dans le milieu et parfois sur le milieu que se mène le combat contre les maladies mentales [...] les institutions ne sont pas seulement des lieux où leur sont dispensés leurs soins, elles constituent en elles-mêmes, par les caractéristiques du milieu humain qu'elle réalise, des agents thérapeutiques" ⁵⁴⁰ .

Autrement dit, le secteur doit être conçu, d'après les perspectives de la psychothérapie institutionnelle, comme le milieu thérapeutique sur lequel il faut agir. L'institution sur laquelle doit se faire le travail de restitution de la dimension symbolique de la réalité est donc ce "réseau"⁵⁴¹ diffus de relations personnelles dans et hors le champ hospitalier.

On comprend dès lors pourquoi Philippe Koechlin fait de la psychothérapie institutionnelle et du secteur "deux faces inséparables et complémentaires de l'évolution actuelle des formes de soins psychiatriques et des institutions dans un sens psychothérapeutique"⁵⁴² issues d'un changement culturel dont l'agent principal est la psychanalyse. La psychothérapie institutionnelle, puisqu'elle doit faire passer quelque chose qui vient de la psychanalyse dans la culture hospitalière, est ainsi une condition d'un secteur réussi dont la définition ne se réduit pas à la simple disparition des murs de l'asile⁵⁴³. Réciproquement, une psychothérapie institutionnelle sans secteur au sens du réseau fonctionnel dont parlent les médecins des hôpitaux psychiatriques est vouée à l'échec tant elle butera sur les murs virtuels d'un asile reconstitué.

Pour conclure, nous dirons simplement que les médecins des hôpitaux psychiatriques qui contribuent à la préparation de la circulaire du 30 mars 1960 ne réduisent la définition du secteur ni à une aire géodémographique, ni à la destruction matérielle des murs de l'asile, ni à une rationalisation du travail au sens d'un partage des tâches entre les acteurs psychiatriques et les autres. Le secteur est défini plutôt par les médecins ayant participé à la définition juridique du secteur comme une "conception du travail", "un changement profond dans la conception même des traitements psychiatriques"⁵⁴⁴ à même de réaliser la continuité de la prise en charge des malades mentaux.

II. Le secteur, appareil ou doctrine ?

Le secteur trouve chez les psychiatres une double définition : en tant qu'organisation, il suppose la diversification des lieux de soins, notamment par l'extension de

⁵⁴⁰ *Livre Blanc de la Psychiatrie Française, tome II, Privat, 1967, p. 27.*

⁵⁴¹ Le terme est ici celui employé par L. Bonnafé, R. Andreau, H. Chaigneau, M. Pariente (*Livre Blanc de la Psychiatrie Française, op. cit.*, tome I, 1965, p. 257).

⁵⁴² Philippe Koechlin, *L'information psychiatrique*, Volume 44, n°2, février 1968, p. 142.

⁵⁴³ Philippe Koechlin attribue d'ailleurs la stagnation du mouvement de psychothérapie institutionnelle par l'absence quasiment totale de psychanalystes dans les hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre (*ibid*).

l'extra-hospitalier ; en tant qu'idée, il implique une posture excluant tout à la fois une simple gestion du social et une stricte disparition des murs concrets de l'asile. L'objet de cette partie est d'éprouver l'idée de secteur telle que nous venons de la présenter, à l'aune de sa définition juridique d'abord, puis de sa pratique. Nous avons vu que le secteur comme doctrine recouvrait bien plus qu'un appareil constitué d'une multitude de structures extra-hospitalières.

Nous tenterons ici de comprendre, après avoir présenté la consécration normative du secteur à travers un ensemble de textes à vocation plus ou moins contraignante, comment l'idée du secteur s'est traduite en actes. Il s'agira dès lors de saisir les dérives qui peuvent expliquer les critiques formulées par les psychiatres à l'encontre de ce qui est désigné comme un néo-aliénisme, par delà les murs de l'hôpital.

A- Le secteur en droit

Conceptualisée depuis l'après-guerre par les médecins des hôpitaux psychiatriques, l'idée de secteur va se traduire juridiquement selon différentes étapes : une étape réglementaire d'abord, une étape législative ensuite. Dans les faits, elle se concrétise progressivement à travers de nombreuses expériences au fur et à mesure que le droit lève les principaux obstacles à sa généralisation, notamment financiers dans les années 1970. Le secteur était souhaitable d'après ses pionniers ; il devient possible.

La multiplication des développements pratiques du secteur correspondra à un double mouvement : la restructuration des rapports entre les membres de l'équipe soignante, entre eux et avec d'autres acteurs de la cité, le développement de l'extra-hospitalier. Ainsi, les deux "faces inséparables et complémentaires de l'évolution des formes du soin psychiatrique" dont parlait Philippe Koechlin, se développent conjointement en certains lieux. Nous verrons dans un premier temps comment les "termes de la loi" en un sens élargi traduisent l'idée de secteur forgée par les praticiens du soin psychique ; il s'agira dans un second moment de saisir le secteur en actes, tel qu'il est contraint par un droit faiblement contraignant jusqu'en 1985.

A-1 LA CONSÉCRATION NORMATIVE

La mise en place du secteur est progressive. Elle est incitée d'abord par une circulaire du

⁵⁴⁴ Philippe Koechlin, *L'information psychiatrique*, Volume 44, n°2, février 1968, p. 132. Philippe Koechlin contribue en 1958, avec Lucien Bonnafé, Georges Daumézon et Sven Follin aux deux rapports préalables à la circulaire de 1960. Un troisième est établi par Henri Duchêne sur les "Tâches d'Hygiène Mentale dans la psychiatrie de secteur ; il sera présenté en Juillet 59 au Congrès de Tours. Ce document précède de quelques mois la circulaire du 15 mars 1960. Koechlin ouvre en 1960 l'hôpital dont il va avoir la direction dans les Yvelines ; Jean Ayme nous restitue la dernière phrase de la plaquette de présentation de l'hôpital destinée au personnel : "Ici le véritable directeur c'est le malade". Philippe Koechlin n'est pas psychanalyste lui-même ; il recrutera un psychanalyste, auquel il accordera une position très importante dans l'établissement. Jean Ayme rapporte également une phrase de Philippe Koechlin issue des rapports introductifs au Colloque de l'hôpital Charcot du 22 mai 1966 sous le titre "Psychothérapie *au travers* de l'institution psychiatrique": "l'institution peut permettre que la relation avec le malade soit plus facile à supporter puisqu'il pourra multiplier et diffuser ses réactions transférentielles aux différents objets institutionnels" (Jean Ayme, "Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle", *op. cit.*, pp. 399-412).

15 mars 1960, qui traduit exactement les souhaits des médecins des hôpitaux psychiatriques. Toutefois, l'invitation réglementaire ne suffira pas à déclencher sa généralisation. Des obstacles liés au statut exorbitant des médecins des hôpitaux psychiatriques et à la réticence des directions départementales de la santé pèseront sur une telle généralisation. Le rattachement complet des hôpitaux psychiatriques au régime des hôpitaux généraux constituera l'un des facteurs déterminants du développement d'une organisation sectorisée.

1. La circulaire de 1960, première réponse aux attentes

Le gouvernement gaulliste va concrétiser le concept désaliéniste en 1960. Monsieur Chenot, Ministre de la santé publique, rédige une circulaire en réponse aux demandes incessantes du petit groupe des psychiatres militants des hôpitaux psychiatriques⁵⁴⁵. Cette circulaire est le produit d'un travail collectif avec les membres de la Commission des Maladies Mentales (Mignot, Bailly-Salin, Koechlin, Daumézon...), commission qui joue le rôle de relais entre le Ministère et les représentants des médecins des hôpitaux psychiatriques.

La circulaire de 1960 fonde sur des "thérapeutiques et des méthodes nouvelles, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation" différentes mesures concernant l'organisation des services et le personnel (augmentation du personnel médical, paramédical et soignant et organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers). Il s'agit principalement de respecter le milieu naturel du malade, établir la continuité des soins et éviter toute chronicisation. Invitant les départements à faire un inventaire des ressources et des besoins⁵⁴⁶, à construire de nouveaux établissements pour répondre à un encombrement persistant des hôpitaux, la circulaire fixe plusieurs objectifs visant à ne pas "désadapter le malade par l'éloignement de son milieu naturel".

Tout d'abord, le développement de services libres extra-hospitaliers dans les hôpitaux de jour, de foyers et d'ateliers de post-cure, doit permettre la diminution d'une durée d'hospitalisation qui a pu entraîner une chronicisation de la maladie. L'établissement au chef-lieu du département d'un dispensaire d'hygiène mentale, fonctionnant au minimum quatre fois par semaine⁵⁴⁷ doit compléter l'offre

⁵⁴⁵ La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (en annexe) émane de la Direction Générale de la Santé Publique, dont le directeur est le Docteur Anjaleu, assisté de Mademoiselle Mamelet et Monsieur Jean ; elle naît de la collaboration de l'équipe de la Direction Générale de la Santé et des pionniers du secteur comme Daumézon, Bailly-Salin ou Mignot. Monsieur Jean fut chef du 7^{ème} bureau "Maladies mentales et alcoolisme" de 1952 à 1956 à la Sous-direction de l'Hygiène sociale ; Mademoiselle Mamelet le remplace à cette fonction de 1956 à 1965. Le rôle de Mademoiselle Mamelet sera jugé déterminant par les psychiatres de la Commission des Maladies Mentales. La Sous-direction de l'Hygiène social prend le nom de "Sous-direction de l'action médico-sociale" en 1966.

⁵⁴⁶ La circulaire indique que cet inventaire doit comprendre le nombre d'hôpitaux psychiatriques existants, la répartition de la population dans le département, et la répartition par âge de la population ainsi que les moyens de communication locaux, (Chapitre 1). La circulaire constate en outre l'écart entre la norme arrêtée par les experts de l'OMS : de 3 lits pour 1000 habitants, à celle de l'équipement français qui est de 2,1 lits pour mille habitants.

extra-hospitalière du secteur. Dans le même esprit, la distinction entre hôpital général et hôpital psychiatrique départemental ne doit pas être calquée sur la séparation entre les malades aigus et chroniques. Ces dispositions sont jugées très favorablement par les médecins militants des hôpitaux psychiatriques car elles révèlent une prise de position de l'administration contre la hiérarchisation de l'organisation psychiatrique selon la dichotomie aigu-curable/chronique-incurable : la prise en charge d'un sujet dans les divers épisodes de sa destinée pathologique est ainsi perçue par Georges Daumézon comme "une mesure révolutionnaire"⁵⁴⁸.

Deuxièmement, la circulaire envisage de "confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et en pré et post-cure"⁵⁴⁹, équipe extra ou intra-hospitalière ayant des contacts quasi-journaliers avec le milieu économique, social et médical⁵⁵⁰ du secteur. Le secteur est donc désigné par le texte réglementaire comme une aire géodémographique (200 lits pour 67000 habitants) desservie par un établissement psychiatrique. Quant à la mise en place du secteur, la circulaire prévoit que le programme d'équipement et d'organisation soit proposé par les médecins chefs de service et établi par le directeur départemental de la santé, dans les départements pourvus d'un ou plusieurs hôpitaux psychiatriques⁵⁵¹. La politique de secteur est ainsi laissée à l'initiative des départements, ce qui n'aura que peu d'effets. Daumézon, aux côtés d'autres figures présentes à la Commission des Maladies Mentales comme Mignot, Mises ou Koechlin, en appellera donc à une loi-cadre en 1967⁵⁵². De nombreux départements n'ont toujours pas établi de plan d'organisation à la fin des années 1960, si bien qu'une seconde circulaire du 16 janvier 1969 les rappelle à l'ordre⁵⁵³.

Bernard Allemandou⁵⁵⁴, sociologue, attribue à cet immobilisme deux facteurs : une

⁵⁴⁷ La circulaire en prévoit un au moins dans les villes de plus de 20000 habitants, et un service spécialisé dans un dispensaire polyvalent dans les agglomérations de plus de 10000 habitants dans les départements de faible densité démographique.

⁵⁴⁸ Georges Daumézon cité par Michel Audisio, "Problèmes de la psychiatrie de secteur en France", *L'information psychiatrique*, op. cit., pp. 653-662.

⁵⁴⁹ "Il est indispensable que le malade sorti de l'Hôpital psychiatrique retrouve le même médecin au dispensaire et au foyer de post-cure" (Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales).

⁵⁵⁰ Le développement des liens avec les médecins de clientèle privée est vivement souhaité.

⁵⁵¹ Il doit être seulement proposé par le directeur départemental de la santé dans les départements dépourvus de tout équipement.

⁵⁵² Georges Daumézon, "La nécessité d'une loi-cadre sur la santé mentale", communication du 23 octobre 1967 à la Société Médico-psychologique de Paris, *Annales médico-psychologiques*, 1967, n°2, pp. 590-597.

⁵⁵³ Georges Daumézon et Edmond Sanquer "le secteur psychiatrique, essai d'approche de la réglementation", *L'information psychiatrique*, volume 56, n°5, juin 1980, p. 631.

⁵⁵⁴ Chercheur au Laboratoire de Sociologie de la santé, Université Bordeaux II.

résistance passive du pôle administratif départemental et un pôle réactionnaire des médecins aliénistes peu enclins à abandonner une pratique libérale lucrative que compense difficilement le maigre salaire d'un service dans le secteur public⁵⁵⁵. Nous remarquons quant à nous que les psychiatres regroupés dans la Société de l'Evolution Psychiatrique durant les journées psychiatriques de 1965, 1966 et 1967 approuvent à 80% le mémorandum dont la motion n°11 soutient la politique de secteur, contre l'avis des psychiatres libéraux qui y voient "une étatisation de la psychiatrie"⁵⁵⁶.

En 1970, Henri Ey, alors Secrétaire général du récent Syndicat des Psychiatres Français prend acte du début d'une véritable politique de secteur ("il y a plusieurs années que la politique de secteur est devenue officiellement celle du Ministère de la Santé")⁵⁵⁷. En 1972, Charles Brisset, qui a succédé à Henri Ey à la fonction de Secrétaire général du Syndicat des psychiatres Français, en appelle à la responsabilité de l'Etat au motif que la réforme de la psychiatrie ne peut venir d'un effort localisé ("elle est du ressort de l'Etat")⁵⁵⁸.

Dans les faits, la plupart des secteurs comportent encore plusieurs centaines de milliers d'habitants à Paris, tandis qu'en province, le secteur correspond généralement au département. Il faudra attendre les années 1970 pour que des dispositions réglementaires créent les conditions de possibilité d'un secteur généralisé à l'ensemble du territoire.

2. 1970, le secteur possible

Robert Schumann, Ministre de la Santé du gouvernement Couve de Murville en 1967, va concrétiser les conclusions du Livre Blanc de la Psychiatrie Française issues des Journées psychiatriques de 1965, 1966 et 1967. Tout d'abord, deux articles (24 et 25) de la loi 68-690 du 31 juillet 1968 permettront la pratique de secteur et son rattachement à l'institution hospitalière, en imposant une égalité de rémunération entre psychiatres des hôpitaux généraux et médecins des hôpitaux psychiatriques.

L'égalisation des rémunérations répond précisément aux demandes des participants

⁵⁵⁵ Bernard Allemandou, "Les politiques de santé mentale sous la V^{ème} République", in *La psychiatrie éclatée*, Centre Aquitain de Recherche sur les Problèmes de Santé, Editions de la Maison des Sciences de l'homme d'Aquitaine, Sociologie-Santé, juin 1994, n°10, p. 34.

⁵⁵⁶ Bernard Allemandou, "Les politiques de santé mentale sous la V^{ème} République", *op. cit.*, p. 34.

⁵⁵⁷ Elle "implique dans le cadre des Services publics de Psychiatrie l'articulation des services hospitaliers et d'un dispositif de prophylaxie et de soins extra-hospitaliers au service d'un lot de population donné et assuré par une même équipe médico-sociale. Elle exige donc la réglementation de la collaboration nécessaire entre le Secteur public et le domaine privé, entre les médecins à temps plein et les médecins à temps partiel, entre les médecins et le corps des Infirmiers spécialisés, entre les médecins et les auxiliaires médico-sociaux indispensables, entre, enfin, la Psychiatrie infantile-juvénile et la Psychiatrie adulte, etc" (Henri Ey, préface à l'ouvrage de Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France*, *op. cit.*, p. 19).

⁵⁵⁸ Charles Brisset lance un appel au trois Ministères de la Santé publique, de la Sécurité sociale, et de l'Education nationale pour que "la formation, la rémunération et l'organisation de la santé mentale contribuent à une politique de secteur réelle", Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France*, *op. cit.*, p. 79.

aux dernières Journées psychiatriques qui exigeaient la fin de l'existence de différentes catégories de psychiatres (voir infra). En revanche, la possibilité de placer des services de psychiatrie sectorisés dans l'hôpital général lui-même⁵⁵⁹ n'est toujours pas réglementé en 1970 : les médecins des hôpitaux psychiatriques n'ont donc plus de statut spécial mais les hôpitaux psychiatriques continuent d'en avoir un.

Henri Ey, secrétaire général du Syndicat des Psychiatres français, réitère alors l'exigence de désépécification juridique de l'hôpital psychiatrique :

"Le statut des établissements hospitaliers chargés des soins aux malades mentaux ne peut être que celui des Hôpitaux généraux"⁵⁶⁰.

Pour Henri Ey, l'intégration des services publics de psychiatrie dans les Hôpitaux Généraux implique donc l'abrogation de la loi de 1838 : il faut "en finir avec l'idée de faire des hôpitaux si spéciaux pour la Psychiatrie qu'ils devraient avoir une structure administrative autonome"⁵⁶¹.

Les lois hospitalières de 1970 et 1971 ne seront pas déterminantes en la matière. En effet, la première ne mentionne pas la psychiatrie mais donne vocation au service public hospitalier de concourir aux actes de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée⁵⁶² : elle autorise uniquement la création d'unités d'hospitalisation pour malades mentaux, non régies par la loi de 1838⁵⁶³. La loi hospitalière du 3 janvier 1971 vise quant à elle à coordonner les efforts pour que l'équipement hospitalier général d'une aire géo-démographique soit ordonné aux besoins et permette la constitution de groupements hospitaliers associant les établissements de soins publics et privés.

Les circulaires des années 1972 et 1974⁵⁶⁴ vont constituer le réel point de départ dans les faits de l'organisation sectorisée. Robert Moulin, Ministre de la Santé du gouvernement Chaban-Delmas, impose en mars 1972 l'intégration des hôpitaux

⁵⁵⁹ *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome III, *op. cit.*, p. 34.

⁵⁶⁰ **Henri Ey, Préface (20 novembre 1970), in Charles Brisset, L'avenir de la psychiatrie en France, op. cit., p. 12.**

⁵⁶¹ *Ibid*, p. 12.

⁵⁶² Article 2 de la loi hospitalière du 31 décembre 1970.

⁵⁶³ Le secteur désigné par cette loi ne recoupe en rien le secteur psychiatrique mais la circulaire du 18 janvier 1971 prévoit une harmonisation des deux sectorisations hôpital général-hôpital psychiatrique.

⁵⁶⁴ Circulaire du 14 mars 1972 complémentaire aux circulaires sur les dépenses d'hygiène mentale ; circulaire du 15 mars 1972 distinguant quatre catégories d'établissements ou de services : les centres hospitaliers régionaux, les services autres que ceux de psychiatrie, de phthisiologie et de pneumo-phthisiologie des hôpitaux généraux, les services de psychiatrie des établissements psychiatriques et des hôpitaux publics autres que ceux situés dans une ville de faculté, les services de phthisiologie et pneumo-phthisiologie des établissements sanatoriaux et des hôpitaux généraux autres que ceux situés dans une ville de faculté ; la circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents ; circulaires du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique. Cf. annexes.

psychiatriques dans le système hospitalier général. L'annexe de l'Arrêté du 14 mars 1972⁵⁶⁵ prévoit ainsi l'acte qui permet le fonctionnement du secteur : une convention entre le département et l'hôpital. L'annexe II de la circulaire du 14 avril 1972⁵⁶⁶ prévoit quant à elle divers schémas d'organisation : le secteur (institutions et personnel) est géré soit par l'hôpital avec délégation départementale, soit par une institution du secteur relevant directement du service départemental d'hygiène mentale, soit par une institution privée.

La baisse significative du nombre de malades soignés en hôpital psychiatrique depuis 1972 atteste du caractère déterminant des textes réglementaires que nous venons d'évoquer :

Tableau 5 : Nombre de malades des hôpitaux psychiatriques au 31/12 ⁵⁶⁷

1965	120 565
1970	120 305
1975	113 740
1976	110 828
1978	104 610

Mais comme nous l'avons déjà écrit, le secteur n'est pas seulement le développement extra-hospitalier. Nous allons donc évoquer le cas particulier du développement d'un secteur, en ce qu'il implique une conception inédite des soins.

L'ouvrage d'Alain Buzaré⁵⁶⁸, psychiatre chef de secteur de psychiatrie générale depuis de nombreuses années à Saint-Gemmes-sur-Loire, fait office de témoignage car il restitue la mise en place progressive de l'idée de secteur, et son intrication pratique avec les enseignements de la psychothérapie institutionnelle. Ce psychiatre, qui avait suivi le séminaire de Jean Oury sur l'aliénation alors qu'il débutait comme interne, situe l'origine

⁵⁶⁵ L'arrêté du 14 mars 1972 fixe les modalités du règlement départemental de la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. La division en secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile est fixée par arrêté préfectoral. La circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents définit de nouvelles orientations spécifiques. Prenant en compte les progrès en matière de psychiatrie infanto-juvénile et les différents types de prévention tels qu'ils ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé, les textes mettent l'accent sur le diagnostic et le traitement précoce. Les modes de cure ambulatoires ou à temps partiels sont considérés comme prioritaires afin de maintenir l'enfant dans son milieu familial et scolaire dans la mesure du possible. La circulaire n° 896/AS/2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie précise que, quelles que soient les modalités retenues, les objectifs à atteindre dans chaque département sont la réception des appels en permanence, l'intervention d'un psychiatre sur les lieux de la crise, et le transport et accueil des malades.

⁵⁶⁶ Circulaire du 14 mars 1972 complémentaire aux circulaires sur les dépenses d'hygiène mentale. Cf. Annexe.

⁵⁶⁷ L. Colonna, J.L. Luauté, E. Zarifian, *Réflexions sur l'évolution de la psychiatrie en France au cours des dix prochaines années*, Inserm, novembre 1998, p. 5. Le nombre de points de consultation psychiatrique passe de 2164 en 1972 à 2763 en 1975 (Archives DGS).

⁵⁶⁸ Alain Buzaré, *La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie*, Lecques, Editions du champ social, Collection Psychothérapie institutionnelle, 2002.

de la psychiatrie actuelle dans le "débat critique"⁵⁶⁹ ouvert à partir de l'expérience dramatique de l'univers concentrationnaire de la deuxième Guerre mondiale, débat centré sur la psychothérapie institutionnelle et le secteur, initié principalement par Tosquelles, Bonnafé, Mignot et Le Guillant. Ce débat se répandra, grâce à de multiples groupes et associations (Groupe du Gévaudan de Saint-Alban, Groupe de Sèvres, Fédération des sociétés de Croix-Marine, GTPSI, Société de Psychothérapie institutionnelle, etc.)⁵⁷⁰.

Lorsque Alain Buzaré arrive dans ce qui est actuellement le Secteur III du CHS de

⁵⁶⁹ Alain Buzaré, *ibid*, p. 32.

⁵⁷⁰ Jean Ayme nous rappelle la genèse du Groupe de Sèvres : "Le Groupe de Sèvres fonctionnera pendant deux ans. Daumézou nous convoque le 26 Mai 1957, non pas à Henri Rousselle où se tenaient traditionnellement les rencontres psychiatriques, mais "en un lieu plus dégagé du poids asilaire" [...]Vingt-trois personnes répondront à cet appel. Six réunions au total rassemblant jusqu'à quarante participants, psychiatres des hôpitaux, psychanalystes et psychiatres privés travaillant à temps partiel dans les établissements publics, moniteurs des CEMEA. Réunis pour traiter des stages et de la revue *Vie sociale et Traitement*, très rapidement le groupe dépasse cet objectif et abordera dans une attitude prospective nombre des problèmes qui se posent à l'époque pour le devenir de la psychiatrie : formation des internes, hôpitaux de jour, évolution de l'hôpital psychiatrique, relation médecin-malade, soins à domicile, etc. Le Groupe de Sèvres, c'est le retour au Groupe Batia, élargi à la génération suivante. Deux thèmes vont dominer les débats : la politique de secteur, la participation des infirmiers à la psychothérapie". Lucien Bonnafé rejoint Tosquelles et Balvet à Saint-Alban en 1942 ; c'est lui qui appellera leurs rencontres où s'élabore une théorie naissante "Société du Gévaudan". Le Groupe de Travail sur la Psychothérapie et Sociothérapie Institutionnelle ou GTPSI naît de la disparition du Groupe de Sèvres : le 1er mai 1960 se réunit à Saint-Alban un groupe restreint composé des médecins de Saint-Alban, dont notamment Roger Gentis, Yves Racine, Jean Ayme, Claude Poncin, François Tosquelles, Jean Oury avec des membres de l'équipe de Laborde, Horace Torrubia, et Jean Colmin, Maurice Paillot, anciens de Saint-Alban qui travaillaient depuis peu avec Jean Ayme à Clermont-de-l'Oise. Il se fixe pour objectif la réflexion et l'étude permettant une élaboration théorique avec des retombées dans le champ psychiatrique. Jean Ayme évoque même un projet formé par Jean Oury, Hélène Chaigneau et Philippe Koechlin de fonder le Parti Psychiatrique Français, projet qui n'eut pas de suite. Les statuts de ce groupe de travail ne seront jamais déposés en application de la loi de 1901 : le GTPSI sera une "association de fait" durant cinq ans. D'autres psychiatres s'y joindront : Michel Baudry, Hélène Chaigneau, Ginette Michaud, Robert Millon, Jean-Claude Polak, Philippe Rappard, Henri Vermorel ainsi que Félix Guattari et Jacques Schotte de Louvain. Douze réunions de trois jours auront lieu, et le GTPSI fonctionnera à la fois comme un groupe d'analyse et d'élaboration théorique et didactique. Des exemples de thèmes abordés, rappelés par Jean Ayme nous donnent une idée des débats du Groupe : "L'établissement comme ensemble signifiant". "L'argent à l'hôpital". "Fantasmatisation des réunions de thérapeutes par les malades". "Les échanges matériels et affectifs dans le travail", "Psychothérapie et institution" "Transfert et institution". "Notion de superstructure". Le thème traité à la dernière rencontre fut "Surmoi et institution". En 1965 le GTPSI se dissout et donne naissance à la Société de Psychothérapie Institutionnelle, qui fonctionnera sous la houlette de Félix Guattari jusqu'en 1968. Devant le succès de cette société, Guattari créera la Fédération des Groupes d'Étude et de Recherche Institutionnelle regroupant des étudiants, des architectes, des enseignants et divers responsables d'institutions publiques ou privées, ainsi qu'une revue *Recherches* qui publie des numéros spéciaux sur la pédagogie, l'architecture et la politique de secteur. En 1965, la SPI envisage par la voix de Tosquelles la création de groupes régionaux ne réunissant pas plus d'une quinzaine de personnes, des groupes de recherche spécialisés sur des thèmes et des stages. Après 1968, la disparition de la SPI ne met pas pour autant fin au courant de psychothérapie institutionnelle. Un groupe régional issu de la SPI continue de fonctionner, le groupe de Brignac qui réunit régulièrement des psychiatres de La Borde, d'Angers (Alain Buzaré en fait partie). Jean Ayme, in *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*, *op. cit.*, pp. 399-412. La Fédération des sociétés de Croix-Marine fondée en 1952, regroupe des associations, fondations, mutuelles et établissements se consacrant à la prévention, aux soins et à l'assistance dans le champ de la santé mentale.

Saint-Gemmes-sur-Loire, Jean Colmin, psychiatre des hôpitaux et psychanalyste, membre du Groupe de Travail sur la Psychothérapie et Sociothérapie Institutionnelle devient la même année médecin-chef de ce service. Plusieurs événements vont marquer l'histoire du service : en 1966 l'ouverture d'un atelier d'ergothérapie dans le pavillon des agités, en 1967 les premières réunions de services regroupant les infirmiers et les médecins, en 1970 des réunions visant à réfléchir sur les modalités d'accueil et d'admission. Ces premières expériences permettent de libérer la parole du malade et de l'infirmier.

La sectorisation est réalisée en 1971 ; le service accueille désormais les demandes de soins émanant des quartiers urbains angevins de Belle-Beille et Verneau et des cantons ruraux de Saint-Georges-sur-Loire et Saint-Florent-le-Veil, que ces demandes soient formulées par des hommes ou des femmes⁵⁷¹. La mixité des équipes soignantes est réalisée en 1972, celle des malades en 1977.

A la fin de l'année 1972, le Club de l'Espérance se constitue : il est conçu comme une "machine à faire sortir le malade" avec ses deux commissions, l'une consacrée aux loisirs, l'autre au fonds de solidarité. Les malades vont dorénavant bénéficier d'un petit pécule issu de leur travail dans l'atelier d'ergothérapie. En 1973, la première cafétéria du service ouvre, ce qui a pour effet l'abandon par les infirmiers "des tours de clés pour ouvrir et fermer les portes"⁵⁷². Les réunions de synthèses du personnel soignant, avec et sans le médecin, se multiplient. Parallèlement, l'extra-hospitalier se développe : ici des permanences médicales et infirmières dans une mairie ou une maison de retraite sont créées, là un club extra-hospitalier voit le jour. La création de l'association Croix-marine d'Anjou en 1975 aboutit à l'ouverture d'un foyer de post-cure, dans une commune de la banlieue d'Angers, puis de deux appartements communautaires loués aux HLM par la Croix Marine. Le projet de Colmin s'essouffle à la fin des années 1970 lorsque plusieurs membres du personnel quittent le service.

Les propos d'Alain Buzaré témoignent d'une imbrication entre la définition du secteur et celle de la psychothérapie institutionnelle. Nommé médecin chef en 1992, il se propose de "redécouvrir cette théorie du soin qu'est la psychiatrie de secteur"⁵⁷³. Il définit en ces termes la psychiatrie de secteur : il s'agit d'accueillir un sujet souffrant avec son histoire personnelle, familiale et un contexte socio-culturel, de faire de l'hôpital un maillon du dispositif de secteur. Cette définition implique pour ce psychiatre de réactualiser les concepts de la psychothérapie institutionnelle : partant de l'analogie entre des rapports entre malades et infirmiers et de ceux entre les infirmiers et leur hiérarchie, Alain Buzaré préconise "une liberté de parole" et une "liberté d'initiative" devant servir un travail critique permanent de sa pratique, au besoin à l'aide de références théoriques adéquates.

A-2 PREMIERS DÉVELOPPEMENTS, PREMIÈRES CONTRAINTES

⁵⁷¹ Alain Buzaré, *La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie*, op. cit., p. 51.

⁵⁷² *Ibid*, p. 53.

⁵⁷³ p. 61.

Le secteur comme organisation des soins va rencontrer des obstacles liés à la répartition des compétences et donc des financements entre l'Etat, les collectivités territoriales et la Sécurité Sociale. Il faudra donc attendre une clarification réglementaire et législative pour que la sectorisation devienne effective.

1. Des contraintes juridiques

Plusieurs contraintes juridiques empêchent le plein développement du secteur dans les années 1960 et 1970.

Tout d'abord, le fonctionnement au prix de journée constitue un obstacle sérieux à la progression de l'extra-hospitalier. Ainsi, un psychiatre de secteur témoigne en 1972 de la contradiction entre la politique de secteur annoncée par la circulaire de 1960 et les règles de répartition des charges financières de la prévention, de la réadaptation et des soins :

"Mieux on s'occupe des soins à l'extérieur, moins il rentre d'argent à l'hôpital, payé par le prix de journée payé par la sécurité sociale. Au dehors, ce sont l'Etat et le département qui payent le plus et ils freinent le plus possible les dépenses"

574 .

Le déploiement de l'activité extra-hospitalière a donc pour effet de réduire les budgets hospitaliers. L'Etat prend alors en charge l'ensemble des actes extra-hospitaliers des secteurs au titre de la prévention "alors que plus de 80% de ces dépenses est en fait du soin"⁵⁷⁵. Les discussions préalables à la rédaction du Rapport Demay sont d'ailleurs l'occasion de condamner le système du prix de journée⁵⁷⁶. Le communiqué du Conseil des ministres du 17 octobre 1984 insiste sur l'obstacle que constitue l'étanchéité des sources de financement (Etat/collectivités/assurance maladie) pour la sectorisation, qui a une incidence directe sur les durées de séjour. L'aspect extra-hospitalier du secteur est donc largement compromis jusqu'à ce que la loi du 19 janvier 1983 remplace la tarification du soin au prix de journée par un budget global hospitalier.

Dès lors, le maintien d'une activité intra-hospitalière afin de ne pas voir ses

⁵⁷⁴ *Le Docteur Mazel, médecin assistant de secteur psychiatrique dans les années 1970, évoque le cas de l'Essonne où coexistent plusieurs modes de psychiatrie de secteur : des secteurs gérés directement par l'hôpital psychiatrique départemental à Etampes avec des pavillons d'hospitalisation financés par le prix de journée et un financement de centres de soins ambulatoires extra-hospitaliers qui est forfaitaire (30% sécurité sociale, 53% Etat, 17% département) alors que d'autres lieux de soins plus lourds sont financés au prix de journée ; des secteurs gérés par des hôpitaux généraux (C Mazel, médecin assistant de secteur psychiatrique, L'information psychiatrique, vol 54, 1978, n°6, p. 645).*

⁵⁷⁵ Contribution du bureau 3C du Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale à la réflexion du groupe 1 de la Commission des Maladies Mentales, DGS, document de travail, 17 janvier 1984, p. 2 (Archives DGS). La situation dans les années 1980 est la même que dans les années 1960 puisque, d'après le Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, la répartition moyenne des dépenses de prophylaxie mentale nettes entre département et Etat en 1966, correspondant aux frais entraînés par l'activité des dispensaires, montre une prise en charge supportée à hauteur de 78,4% pour l'Etat, et de 21,6% pour le département. *Considérations et faits d'actualité sur la santé mentale*, La Documentation Française, n° 133-134, 14-21 juillet 1972, p. 53.

⁵⁷⁶ Docteur Dimitri Karavokyros, Rapporteur, Document de travail, p. 2 (Archives DGS).

ressources se réduire n'est plus possible. La même année, la loi du 22 juillet supprime la dissociation des sources de gestion et de financement entre le soin et la prévention en transférant à l'Etat la compétence en matière de prévention en santé mentale. En outre, dans les années 70, la sectorisation s'avère difficile à mettre en place du fait que les départements, s'inquiétant des nouvelles missions qu'ils ont à assumer, tardent à impulser le secteur. S'ajoutent à cela les réticences des caisses d'assurance maladie à modifier la nomenclature ancienne concernant les modalités de prise en charge des soins. Ce problème sera réglé avec la légalisation du secteur en 1985.

En 1982, le Rapport Demay déplore l'absence d'un statut juridique au secteur⁵⁷⁷ : le rapport propose qu'un établissement, unisectoriel ou plurisectoriel, se substitue à l'établissement public autonome, le centre hospitalier spécialisé, au profit d'une juxtaposition d'antennes hospitalières gérées par le ou les établissements publics sectoriels⁵⁷⁸. Le secrétaire d'Etat à la Santé, Edmond Hervé, à la session d'ouverture de la Commission des Maladies Mentales, le 6 décembre 1983, va présenter les orientations du gouvernement socialiste. Il ne reprendra du Rapport Demay que l'idée d'un statut juridique pour le secteur et l'unification des financements de la psychiatrie⁵⁷⁹. La Commission des Maladies Mentales approuve naturellement le principe d'une existence légale au secteur psychiatrique ainsi que la prise en charge par la sécurité sociale des activités extra-hospitalières⁵⁸⁰. Mais la même année, cent psychiatres lancent un appel à une réorientation de la politique gouvernementale en matière de santé mentale : la suppression des 12000 lits d'hospitalisation, "sans moyens concrets pour mettre en œuvre une autre politique"⁵⁸¹ est dénoncée, ainsi que la reconversion de certains Centres Hospitaliers Spécialisés en Maisons d'Accueil Spécialisé, en Centres d'Aide par le Travail

⁵⁷⁷ Le rapport indique le souhait d'une légalisation du secteur "soit directement, le secteur devenant établissement public autonome (par exemple, pour un secteur correspondant à une commune) ; soit en créant l'établissement public à l'échelon départemental, les secteurs étant alors des établissements annexes qui n'auraient pas la personnalité morale, mais bénéficieraient d'une autonomie de gestion par attribution d'un budget annexe (par exemple, dans les départements ruraux) ; soit, formule intermédiaire, par groupement, l'établissement public réunissant un certain nombre de secteurs et d'intersecteurs en fonction d'une certaine unité fonctionnelle et territoriale (par exemple, l'arrondissement dans les grandes villes)". Rapport de M. et J. Demay, "Une voie française pour une psychiatrie différente", document établi à la demande de Monsieur Jack Ralite, Ministre de la Santé, juillet 1982, pp. 32-39.

⁵⁷⁸ Si les antennes hospitalières sont situées dans un C.H.S., celui-ci comporte une direction annexe, aux missions provisoires d'administration des parties communes de l'hôpital et du personnel des services techniques et généraux (buanderie, cuisines, jardins, ateliers,...). Si l'antenne hospitalière est un centre hospitalier général, convention est passée avec lui par l'établissement de secteur pour déterminer les conditions de fonctionnement de cette antenne hospitalière. Des conventions sont également passées avec les établissements semi-publics ou privés -ou les établissements privés faisant fonction de publics- implantés dans le secteur ou le département et qui acceptent une coordination et une harmonisation des objectifs.

⁵⁷⁹ Le rapport Demay proposait "un système global de prise en charge" : "plus aucune différence ne devra être faite entre les activités hospitalières et extra-hospitalières". Le gouvernement socialiste ne reprend pas du rapport Demay l'idée du secteur comme établissement public autonome, constituant donc le centre décisionnel, gestionnaire et administratif, assumé jusque là par l'hôpital.

⁵⁸⁰ Commission des Maladies Mentales, réunion du 14 décembre 1983 (Archives DGS).

ou en hospices psychiatriques.

2. La solution législative

La réforme socialiste va se concrétiser dans trois lois dont la première, en juillet 1985, produit un dispositif de soins sectoriel qui n'abolit pas l'hôpital psychiatrique. Premièrement, la loi du 25 juillet 1985 donne un statut juridique au secteur. Deuxièmement, elle unifie le financement du secteur sous couvert de l'assurance maladie⁵⁸². Troisièmement, elle institue le conseil départemental de santé mentale⁵⁸³ alors que le Rapport Demay préconisait un conseil par secteur. La circulaire du 23 juillet 1986 justifie l'institution d'un conseil départemental par le mauvais fonctionnement, à de notables exceptions près, des conseils de santé mentale de secteur préconisés par une circulaire de 1972⁵⁸⁴ ; les conseils départementaux de santé mentale doivent être consultés dans l'élaboration du schéma départemental, la préparation de la carte sanitaire de psychiatrie (nombre et configuration des secteurs, désignation des établissements de rattachement des secteurs), et ce, d'après la Direction Générale de la Santé, pour concourir à la réduction "des surcapacités hospitalières observées en psychiatrie", et au développement "corrélatif des alternatives à l'hospitalisation et la prévention"⁵⁸⁵. Le Ministère de la Santé affiche en effet sa volonté de supprimer la moitié des lits psychiatriques existants et prévoit la reconversion de 28000 lits par la création de places en structures alternatives à l'hospitalisation⁵⁸⁶.

⁵⁸¹ "Appel des cents", motion signée en novembre 1983 par le Syndicat des Psychiatres Français et le Syndicat National des Psychiatres Hospitaliers Publics. On retrouve parmi les cent psychiatres signataires Guy Baillon, Lucien Bonnafé, Bernard Doray, Philippe Koechlin, Bailly-Salin, Roger Gentis, Dimitri Karavokyros, Claude Louzoun et Jean-Pierre Martin ; *Le quotidien du médecin*, 12 novembre 1983.

⁵⁸² Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 modifiant l'article L. 326 du Code de la Santé Publique.

⁵⁸³ La loi n°85-772 du 25 juillet 1985 institue un conseil départemental de santé mentale qui est chargé de donner des avis et de faire des propositions en matières d'organisation et de planification, comprenant des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des caisses maladie, des personnels de santé mentale, des établissements d'hospitalisation publics ou privés. Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique précise dans un titre II les règles de fonctionnement de ces conseils (Cf Annexe). L'article 3 du décret précise son rôle : "Outre les avis qu'il est appelé à donner sur le nombre, la configuration, la planification des équipements, le conseil départemental de santé mentale peut être également consulté sur l'ensemble des problèmes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des équipements et services de lutte contre les maladies mentales, ainsi que sur les projets de création d'établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, lorsque ces établissements accueillent des malades ou handicapés mentaux".

⁵⁸⁴ Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972. Le Rapport Zambrowski invite en 1986 à la mise en place des conseils de secteur avec des professionnels de la santé mentale, des professionnels sanitaires, sociaux ou médico-sociaux et les principaux intervenants extérieurs ou décideurs institutionnels (Rapport Zambrowski, p. 4 et p. 33). La circulaire du 23 juillet 1986 invite les conseils départementaux à travailler en concertation avec "les conseils de secteur qui pourront être créés à l'initiative de chaque praticien hospitalier responsable de secteur", p. 11.

⁵⁸⁶ Jean-François Bauduret, "La réforme de la psychiatrie publique", *Informations Hospitalières*, février-mars 86, p. 11.

La loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique intègre les secteurs dans la carte sanitaire générale⁵⁸⁷. Les hôpitaux généraux pourront dès lors recevoir des malades mentaux relevant de 1838 par habilitation du préfet. Une dotation globale de financement est attribuée aux personnes morales de droit privé participant aux actions de sectorisation psychiatrique⁵⁸⁸. Désormais, chaque établissement hospitalier public, Centre Hospitalier Spécialisé ou Centre Hospitalier Général, participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celles-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, et chargé de gérer directement l'ensemble des activités intra et extra-hospitalières⁵⁸⁹. La nouvelle rédaction de l'article L 326-2 du Code de la Santé Publique abroge l'article 1 de la loi de 1838⁵⁹⁰ : désormais, les patients en placement d'office et en placement volontaire peuvent être hospitalisés soit dans un CHS soit dans un service de psychiatrie d'un Centre Hospitalier Général. La loi étend donc le champ d'application de la loi de 1838 aux 137 services de psychiatrie des Hôpitaux généraux sans modifier les modalités de l'hospitalisation.

La loi de finances pour l'année 1986 prévoit en son article 79 l'unification du financement par l'assurance maladie, des dépenses de lutte contre les maladies mentales à compter du 1er janvier 1986⁵⁹¹. Ce nouveau financement qui est assuré sous forme de dotation globale, met fin aux cloisonnements antérieurs entre les activités intra et extra-hospitalières, respectivement prises en charge jusqu'alors par l'Assurance maladie

⁵⁸⁵ Il doit être obligatoirement consulté par le commissaire de la République pour la carte sanitaire, la planification et la programmation des équipements et services qui assurent le service public hospitalier et sur les autorisations concernant le secteur privé. Il doit être consulté sur les projets de création, d'extension ou de reconversion des établissements sociaux ou médico-sociaux qui accueillent des malades ou handicapés mentaux (Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972, pp. 4-6). Il donne un avis sur le schéma départemental et peut proposer l'élaboration de programmes d'études et de recherche (enquêtes épidémiologiques ou recherche-action sur les besoins de santé mentale et participer à l'analyse des modes de coordination et de collaboration entre les professionnels et les institutions, notamment entre le secteur public et privé. La circulaire invite à faire participer aux travaux du conseil des représentants des services de l'Education nationale, de la Justice, de la Police, des services pénitentiaires, des services sociaux ou médico-sociaux, services spécialisées (Toxico, alcoolisme), directeurs des CHS ou CHG. Enfin, elle indique que le conseil départemental devra travailler "en bonne coordination et en concertation avec les comités consultatifs régionaux et départementaux de promotion de la santé, le nouveau conseil départemental du développement social (loi 75-535 du 30 juin 1975, articles 2.1 et 2.2 modifiés), les conseils de département (décret n°84-1196 du 28 décembre 1984 modifié, relatif aux départements hospitaliers, p. 10).

⁵⁸⁷ Articles 1 et 2 de la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985. Cf annexe.

⁵⁸⁸ Article 7 de la loi du 31 décembre 1985.

⁵⁸⁹ Article 3 de la loi du 31 décembre 1985. Cf annexe.

⁵⁹⁰ ⁵³⁶ L'article 1^{er} de la loi du 30 juin 1838 ("Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un éta-bblissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département" est abrogé par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1985.

⁵⁹¹ Loi de finances n°85-1403 du 30 décembre 1985. Cf. annexe.

et l'Etat⁵⁹². En 1986, un décret, complété par une circulaire⁵⁹³, définit les secteurs de psychiatrie adulte, infanto-juvénile et pénitentiaire et précise les modalités d'application des lois de 1985⁵⁹⁴. L'arrêté du 14 mars 1986⁵⁹⁵ énumère et définit les équipements et services comportant ou non un hébergement, et donne aux dispensaires d'hygiène mentale le nom de "Centres Médico-Psychologiques". Les lois de 1985, ses décrets d'application, et l'arrêté du 14 mars 1986 sont bien accueillis par les organisations professionnelles⁵⁹⁶. Les réformes des années 1985-1986 ont été effectivement élaborées en étroite collaboration avec l'ancienne Commission des Maladies Mentales. En revanche, la Direction de la Sécurité Sociale et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie se montrent très réticentes au nouveau cadre normatif car le transfert du financement par l'assurance maladie des dépenses de sectorisation s'est fait sans compensation financière⁵⁹⁷.

B- La critique psychiatrique d'un néo-aliénisme

⁵⁹² En 1985, l'Assurance Maladie dépense 26 milliards de francs pour l'hospitalisation psychiatrique et l'Etat, 2,5 milliards pour la sectorisation au titre de la prévention.

⁵⁹³ La circulaire du 23 juillet 1986 complète le décret de 1986 en assignant aux commissaires de la République de région et aux DRASS la planification, la programmation des actions de santé mentale et la mise à de la carte sanitaire, et aux les commissaires de la République du département et DDASS, la mise en œuvre de la politique de santé mentale, la préparation et la coordination des actions et des investissements ; Circulaire n°86-612 du 23 juillet 1986 du Ministre délégué auprès du Ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, chargé de la santé et de la famille, envoyée à la DDASS du Rhône le 31 juillet 86, p. 2.

⁵⁹⁴ Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique institue les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour les enfants et adolescents correspondant à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie générale répondant aux besoins de la population âgée de plus de 16 ans, et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondant aux besoins de santé mentale d'une population incarcérée dans les établissements d'une région pénitentiaire. Ces secteurs sont rattachés à un établissement hospitalier public et comportent, en particulier, un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire qui peut assurer en outre une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

⁵⁹⁵ L'arrêté relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement définit les équipements et services ne comportant pas d'hébergement (Centres Médico-Psychologique, centre d'accueil permanent, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, services d'hospitalisation à domicile) et les équipements et services comportant l'hébergement (unité d'hospitalisation à temps complet, centre de crise, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, centre de post- cure, services de placement familial thérapeutique).

⁵⁹⁶ Seule la CGT s'y oppose (Note pour le Ministre délégué chargé de la santé et de la famille par la directeur de la DGS, JF Girard, 23 mai 1986, p. 3, archives DGS).

⁵⁹⁷ Le Rapport Zambrowski imagine des solutions pour compenser le transfert des dépenses de sectorisation à l'assurance maladie : un virement par l'Etat à la sécurité sociale chaque année ou la globalisation au niveau de l'hôpital d'enveloppes financières, l'assurance maladie ne finançant la sectorisation que si l'hôpital développe des alternatives ; Rapport Zambrowski, p. 11.

La critique d'un néo-aliénisme est double : d'une part, des contraintes financières vont entraver le développement de l'organisation extra-hospitalière et avec lui l'inscription de la psychiatrie de la cité ; d'autre part, la réduction du secteur à sa dimension extra-hospitalière, purement organisationnelle sera perçue par les psychiatres comme la négation d'une conception du soin soucieuse d'interroger les murs invisibles de l'asile.

B-1- DES CONTRAINTES FINANCIÈRES

Plusieurs contraintes matérielles vont entraver le secteur comme organisation intégrant des structures extra-hospitalières. Tout d'abord, la politique menée dans les années 1980 est rapidement marquée par une volonté de réduire les coûts de la santé publique. Du secteur, les pouvoirs publics attendront donc qu'il minimise les coûts d'une hospitalisation réduite grâce au développement de l'extra-hospitalier. Du côté psychiatrique, on déplore les critères officiels de comparaison entre le coût de l'hôpital et celui du secteur. Dans les années 1990, les services extra-hospitaliers se multiplient. Toutefois, le poids administratif et financier de l'hôpital joue encore aujourd'hui comme un obstacle à une inscription territoriale diversifiée de la psychiatrie extra-hospitalière.

1. Mieux soigner à moyens constants

Une étude de 1975 de rationalisation des choix budgétaires a montré qu'en deçà d'un certain seuil, les coûts intra et extra-hospitalier s'ajoutent ; au delà, un transfert de dépenses apparaît. Une telle observation n'est "évidemment pas favorable aux opération à coût constant"⁵⁹⁸ d'après le Président de la Commission des Maladies Mentales de l'époque.

Le Directeur Général de la Santé indiquait en 1986, que la mise en place de l'établissement public de santé mentale préconisé par le Rapport Demay n'était pas apparue viable car la transformation des gros Centre Hospitaliers Spécialisés en petites unités juridiques aurait entraîné des surcoûts et des lourdeurs de fonctionnement⁵⁹⁹. La volonté politique affichée par le Ministère se fait de plus en plus explicite lorsque le Directeur Général de la Santé signale que l'enveloppe allouée à la psychiatrie n'augmentera pas, qu'il convient dès lors de "soigner mieux les patients avec les mêmes moyens"⁶⁰⁰. La mise en place du Conseil départemental de la santé mentale sensé organiser la coopération entre différents acteurs (CHS, CHG, PMI, services sociaux ou scolaires, élus, généralistes, etc.) est alors conçue comme l'un des moyens adéquats pour répondre à un tel objectif.

⁵⁹⁸ Professeur Bourguignon, Compte-rendu de la réunion du 30 octobre 1986 sur "l'évolution du système public de santé mentale", sous la présidence du Docteur Zambrowski, p. 5 (Documents DGS).

⁵⁹⁹ Jean-François Bauduret, Compte-rendu de la réunion du 30 octobre 1986 sur "l'évolution du système public de santé mentale", *op. cit.*, p. 3 (Documents DGS).

⁶⁰⁰ Compte-rendu de la réunion du groupe de travail présidé par Zambrowski, sur "la collaboration entre secteurs privé et public", 16 octobre 1986, p. 10 (Documents DGS).

Après les lois de 1985, les psychiatres en appellent toujours à la création d'un établissement public de santé mentale, d'autant que le reclassement des hôpitaux psychiatriques par l'application du décret du 14 mars 1986 adopte comme critère d'attribution des budgets hospitaliers le "lit d'hospitalisation", et non le degré de développement du secteur, ce qui est clairement analysé par les rédacteurs du Rapport Zambrowski comme "une résistance supplémentaire et inutile à la politique affichée de réduction des lits d'hospitalisation du 9ème plan"⁶⁰¹.

En outre, une enquête de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) datée du mois d'août 1985 conclue à l'inadéquation de l'offre de soins hospitaliers par rapport aux besoins au motif que "45% ne présentent pas de troubles du comportement et 52% ne bénéficient d'aucun traitement au vu des critères retenus par le contrôle médical de la Sécurité Sociale"⁶⁰². L'IGAS attribue donc implicitement à l'hôpital psychiatrique deux fonctions : la contention des troubles du comportement et la médicalisation du traitement. En face, la profession invoque que la seule comparaison financière valable entre le coût du secteur et de l'hôpital psychiatrique, doit "intégrer l'amélioration qualitative de la prise en charge et l'augmentation de la file active par rapport à l'hôpital psychiatrique"⁶⁰³. Autrement dit, l'évaluation du coût du secteur doit se rapporter au secteur lui-même, compte tenu des besoins réels de la population et des données socio-économiques et historiques du secteur. Faire une "psychiatrie de progrès" dans cette période de restriction budgétaire est jugé impossible par les représentants convoqués par le Docteur Zambrowski à qui le Ministère a confié le soin de rédiger un rapport sur la psychiatrie française⁶⁰⁴. Plus encore, on craint qu'une baisse des moyens en psychiatrie publique n'aboutisse à un recentrage des activités à l'hôpital voire à l'asilification⁶⁰⁵. Enfin, le fait que les services psychiatriques des Hôpitaux Généraux sont notoirement sous-équipés en lits et en personnel ajoute un obstacle au redéploiement et à la création de structures extra-hospitalières.

2. Le développement de l'extra-hospitalier, un bilan à nuancer

Le développement des alternatives à l'hospitalisation, visées par l'Arrêté du 14 mars

⁶⁰¹ Docteur Reynaud, psychiatre, M. Massat, Directeur d'hôpital, "Notes pour introduire le débat sur l'évolution du système public de santé mentale", Travail préalable au Rapport Zambrowski, automne 1986, p. 20 (Documents DGS).

⁶⁰² Cité dans le rapport Zambrowski, p. 43. Le Docteur Zambrowski invite à utiliser ces résultats et critères avec prudence.

⁶⁰³ Docteur Reynaud, psychiatre, M. Massat, Directeur d'hôpital, "Notes pour introduire le débat sur l'évolution du système public de santé mentale", *op. cit.*, p. 5.

⁶⁰⁴ Docteur Reynaud, psychiatre, M. Massat, Directeur d'hôpital, "Notes pour introduire le débat sur l'évolution du système public de santé mentale", *op. cit.*, p. 11. Le Docteur Geier, psychiatre libéral pense également qu'une reconversion véritable ne peut se faire à moyens constants, Compte-rendu de la réunion du 30 octobre 1986, présidé par le Docteur Zambrowski, p. 2 (Documents DGS).

⁶⁰⁵ Docteur Reynaud, Psychiatre de secteur, Compte-rendu de la réunion du 30 octobre 1986 sur "l'évolution du système public de santé mentale", *op. cit.*, p. 2 (Documents DGS).

⁶⁰⁶, fut au cœur des revendications portées par le Rapport Zambrowski : les inadéquations à l'hôpital psychiatriques, non considérées comme des inadéquations à la psychiatrie elle-même devaient être évitées par la création de structures comme des hôpitaux de jour, de nuit, des centres d'adaptation par le travail, des foyers, des placements familiaux ou des appartements thérapeutiques⁶⁰⁷.

Aujourd'hui, il existe 825 secteurs de Psychiatrie générale (pour adultes) ; la psychiatrie infanto-juvénile (pour les sujets de moins de 16 ans) est également organisée en secteurs dont chacun couvre deux à trois secteurs de psychiatrie générale⁶⁰⁸. D'après les Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, alors que jusque dans les années 1970, l'hospitalisation constituait en France la seule réponse aux problèmes de santé mentale, la structure de la prise en charge s'est modifiée au profit des suivis ambulatoires et à temps partiel : la grande majorité des personnes suivies par les secteurs l'est en ambulatoire (86 % des adultes et 97 % des enfants ou adolescents en 1999) ; au sein des différentes structures de prise en charge, le suivi en Centres Médico-Psychologique (CMP) est le plus usuel (73 % des adultes et 92 % des enfants suivis en ambulatoire)⁶⁰⁹. Ces données ne nous renseignent pas spécialement sur une évolution. Nous avons donc eu recours aux données d'un secteur particulier.

⁶⁰⁶ Le décret n°86/602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique institue : les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour les enfants et adolescents correspondant à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie générale répondant aux besoins de la population âgée de plus de 16 ans, et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondant aux besoins de santé mentale d'une population incarcérée dans les établissements d'une région pénitentiaire. Ces secteurs sont rattachés à un établissement hospitalier public et comportent, en particulier, un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire qui peut assurer en outre une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Il définit les fonctions et la composition du Conseil Départemental de Santé mentale. Il prévoit l'organisation technique du service public de lutte contre les maladies mentales et de la sectorisation psychiatrique. Chaque établissement assurant le service public hospitalier auquel sont rattachés un ou plusieurs secteurs psychiatriques est responsable de la lutte contre les maladies mentales dans ce ou ces secteurs ; la prévention, le diagnostic et les soins (prévus à l'article L.326 du Code de la Santé Publique et à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée) sont assurés notamment dans des services spécialisés comportant ou non des possibilités d'hébergement total, de jour ou de nuit, dans les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. La psychiatrie de secteur comporte des actions d'information auprès de la population et des professionnels concernés. Enfin, l'arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement énumère et définit les équipements et services ne comportant pas d'hébergement (Centres Médico-Psychologique, centre d'accueil permanent, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, services d'hospitalisation à domicile) les équipements et services comportant l'hébergement (unité d'hospitalisation à temps complet, centre de crise, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, centre de post-cure, services de placement familial thérapeutique).

⁶⁰⁷ Document établi par le Docteur Reynaud, psychiatre, et M. Massat, Directeur d'hôpital, Travail préalable au Rapport Zambrowski, automne 1986, p. 7 (Archives DGS).

⁶⁰⁸ Jean-Pierre Vignat, "La santé mentale en France : état des lieux", *Santé publique*, 1999, 11^{ème} année, n °2, p. 130.

⁶⁰⁹ Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, "De la psychiatrie vers la santé mentale", Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, juillet 2001.

Le rapport annuel du secteur parisien n° 27 établi pour l'année 1990 évalue le nombre de patients pris en charge en centre de postcure et de réadaptation, en appartements thérapeutiques, en placement familial, en hôpital de jour et en hôpital de nuit. Nous avons reconstitué un tableau comparatif à partir de ces données et de celles recueillies par le secteur 27 pour l'année 2003. Le tableau suivant concerne la prise en charge à temps partiel ou à temps complet.

Tableau 6 : Répartition des patients par type de prise en charge

Type de prise en charge	Nombre de patients Année 1990	Nombre de patients Année 2003
Hospitalisation plein temps	256	458
Accueil et soins en centre de postcure ou de réadaptation	0	13
Accueil et soins en appartements thérapeutiques	4	0
Placement familial thérapeutique	1	2
Hospitalisation à domicile	0	0
Hospitalisation de nuit	7	31
Hospitalisation de jour	0	0
Accueil et soins en atelier thérapeutique ou en CATTP	5	70

Sources : Rapports annuels de secteur pour les années 1990 et 2003.

A la lecture de ce tableau, force est de constater que la prise en charge à temps partiel s'est développée, avec la création d'un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, d'un centre de postcure et d'une unité de nuit. Tandis que la file active a doublé, la prise en charge à temps partiel est passée de 6, 2% des patients pris en charge à temps complet et partiel en 1990 à 21,6% du même total en 2003. Toutefois, la part du nombre de patients hospitalisés à temps complet, sur la file active totale est stable, ce qui signifie que l'hospitalisation temps plein ne baisse pas du fait du développement de la prise en charge à temps partiel.

Pour la prise en charge ambulatoire, c'est-à-dire sans hospitalisation, il est également possible de dresser une comparaison :

Tableau 7 : Répartition des patients par lieux d'intervention

Lieux d'intervention	Nombre de patients Année 1990	Nombre de patients Année 2003
Consultations en CMP ou unité de consultation de secteur	468	839
Soins et interventions à domicile	38	102
Soins et interventions en institutions substitutives au domicile*	1	26
Soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	2	0
Soins ambulatoires et autres	221	16
* Ces institutions sont par exemple des maisons de retraite ou des foyers d'hébergement.		

Sources : Rapports annuels de secteur pour les années 1990 et 2003.

On constate que le nombre de consultations en Centre Médico-Psychologique ou dans d'autres unités du secteur augmente en valeur absolue mais stagne en valeur relative (la file active totale a doublé). L'évolution la plus notable réside dans l'augmentation du nombre de patients suivis en institutions substitutives au domicile. Les soins et interventions à domicile augmentent faiblement en part relative.

Nous tirons deux types d'enseignement à la lecture de ces tableaux : l'hospitalisation à temps partiel ne fait pas diminuer l'hospitalisation à temps complet ; seuls les soins ambulatoires en institutions substitutives au domicile se multiplient de manière exponentielle (de 1 à 26 patients). On peut en conclure que, localement en tous les cas, le développement du travail en extra-hospitalier ne correspond pas à une diminution du nombre de patients pris en charge en intra-hospitalier.

Malgré le poids actuel des structures extra-hospitalières, l'hôpital conserverait donc un rôle extrêmement important. En dépit de nombreuses circulaires et de la loi de 1985 sur la sectorisation, cette dernière n'est pas achevée et de nombreuses disparités entre régions et entre secteurs subsistent⁶¹⁰. Les structures de prise en charge sont ainsi

⁶¹⁰ L'équipement est cependant disparate en fonction des secteurs. En 1993, le taux d'équipement (ensemble de l'équipement en lits d'hospitalisation complète, en places d'hôpital de jour ou de nuit, et en places d'accueil familial thérapeutique en psychiatrie adulte) est de 1,7 lit ou place pour 1000 habitants en France métropolitaine. La répartition n'est pas uniforme entre les régions ; en effet, le taux d'équipement varie de 1,0 lit ou place pour 1000 habitants en Haute-Normandie à 3,2 en Auvergne. Aucune région n'a donc un taux inférieur au minimum de la fourchette de l'indice national : 1 à 1,80 lit ou place pour 1000 habitants. Neuf régions ont un taux d'équipement en psychiatrie générale plus élevé que le maximum de cet indice : Auvergne, Bretagne, Limousin, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Picardie et Centre. Pour la psychiatrie infantile-juvénile, la situation est différente puisque 4 régions, Nord-Pas-de-Calais, Franche-Comté, Rhône-Alpes et Haute-Normandie, ont un taux d'équipement inférieur au minimum de l'indice national (0,80 à 1,40 lit et place pour 1000 habitants de 0 à 16 ans). La moyenne en France métropolitaine est de 0,9 en 1993. Seule une région a un taux supérieur à l'indice national maximum (la Corse) et deux régions ont un taux équivalent à ce maximum (Picardie et Midi-Pyrénées). "La psychiatrie dans les établissements de santé", *La santé observée dans les régions de France*, Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Ministère de l'Emploi et de la solidarité, 1997, p. 2).

extrêmement variables d'un secteur à l'autre : cela va du modèle, encore très hospitalier, qui fonctionne avec quelques consultations externes, au modèle du secteur extra-hospitalier comprenant une équipe d'accueil, des consultations, un hôpital de jour, des foyers, des appartements thérapeutiques, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, et une équipe d'urgence à l'hôpital général.

Pour les praticiens que nous avons rencontrés, le bilan du secteur est assombri par le poids de l'hôpital. Le diagnostic que porte ce chef de service contribue ainsi à rappeler le poids néfaste de la structure administrative hospitalière malgré une volonté originelle de ne pas identifier le secteur à l'hôpital qui le gère :

"Les administrations continuent à ne pas penser autrement qu'en terme de structure. Pour les soignants, car ça reste un fonctionnement en vase clos et au bout d'un moment, on ne sait plus ce qu'on y fait. C'est un processus de régression et de dépendance non repérable. Une logique propre se pérennisant... La vie du malade commence en y entrant et se termine en sortant"⁶¹¹ .

Tout se passe comme si le poids financier de l'hôpital contribuait à freiner le développement du secteur comme organisation extra-hospitalière. Il est d'ailleurs intéressant de noter ici que les praticiens en viennent à regretter l'existence même de l'hôpital psychiatrique, tout en reconnaissant son utilité pour les épisodes aigus de la maladie :

"C'est difficile d'alléger cela, oui le poids de l'hôpital dans le secteur. C'est ce qui coûte le plus alors c'est très compliquer de désaxer les choses. On comprend ceux qui sont passés par la suppression totale, comme en Italie"⁶¹² ***"On essaie de n'être ni le tout (hospitalisation) ni le rien, même s'il y a besoin d'hospitalisation dans les épisodes aigus bien sûr. Ils ont besoin à ce moment-là d'un contenant, d'une protection mais ce contenant devient isolant au long cours"***⁶¹³ .

Le poids des structures extra-hospitalières est une condition nécessaire à l'existence d'un secteur conforme à sa définition originelle. Toutefois, il n'est pas une condition suffisante. Les deux psychiatres que nous venons de citer en témoignent. Ce qui compte ici pour notre analyse, c'est que resurgit le lien entre le secteur comme organisation et le secteur comme conception des soins. Si l'intra-hospitalier prime sur l'extra-hospitalier, les murs invisibles de l'asile comme lieu d'exclusion réapparaissent. Autrement dit, en dépit de l'ouverture des portes de l'institution spécialisée, celle-ci continue de jouer comme facteur de séparation entre le patient et son "milieu naturel". Nous allons donc analyser maintenant en quoi la dérive bureaucratique d'un secteur réduit à un pur éclatement territorial des soins contredit le projet des pionniers de la psychothérapie institutionnelle.

B-2- VERS UNE PRATIQUE BUREAUCRATIQUE DU SECTEUR ?

La distinction entre l'établissement et l'institutionnel fonde la possibilité d'une critique de l'assistance, telle qu'elle fut formulée à l'encontre des pratiques asilaires d'avant-guerre.

⁶¹¹ Entretien avec le Docteur Safran.

⁶¹² Ibid.

⁶¹³ Entretien avec le Docteur Armoise.

Dans les années 1970, la critique d'un néo-aliénisme émerge dans le monde psychiatrique, en même temps que le secteur connaît ses premiers développements concrets. La réduction du secteur à l'ouverture des murs de l'asile, risquant d'aboutir à l'oubli de "l'esprit du secteur", est au cœur des critiques formulées par les psychiatres. Actuellement, on assiste à une répétition des formes de la critique psychiatrique : la défense d'une conception de l'institution qui n'a rien à voir avec sa définition profane (les murs de l'établissement) intervient comme critique d'un secteur réduit à un pur ensemble de structures extra-hospitalières.

1. Le refus d'une gestion du social

René Lourau indique dans son ouvrage *L'analyse institutionnelle dans quelle mesure la psychothérapie institutionnelle, prend en compte la demande sociale, à travers la notion de transversalité*⁶¹⁴. La cure, au lieu d'avoir pour seul support et pour seul symbole le pouvoir charismatique du médecin, se distribue par transfert sur diverses sortes d'institutions, relais et délégations de pouvoir. La question "qu'est-ce qu'on institue ?", propre au moment critique de la psychothérapie institutionnelle exige logiquement de prendre en compte la demande sociale comme objet de l'analyse institutionnelle. Du même coup, la critique d'un néo-aliénisme n'est qu'une application de l'analyse institutionnelle à son système de référence, "l'appareil" des institutions. Dès lors, l'ensemble écologique et administratif du milieu de soins et ses articulations avec l'extérieur devient un élément du contexte de soins. Cette position révèle d'ailleurs la contradiction permanente constitutive d'une identité tiraillée entre une éthique médicale classique et un jugement sur une régulation sociale. Faire valoir sa position de médecin comme tiers vis-à-vis du social sera paradoxalement l'occasion de convoquer des ressources issues des sciences humaines pour s'autoriser un discours sur les dérives bureaucratiques mettant en péril l'efficacité symbolique des institutions.

Dans les années 1970, la réduction du secteur à la disparition des "murs de l'asile", induite par des contraintes juridiques et financières, conduit les psychiatres à critiquer les conditions d'un nouvel aliénisme reproduisant insidieusement la demande sociale d'exclusion de la folie. Ainsi, dans *L'avenir de la psychiatrie en France*, Charles Brisset, Secrétaire général du Syndicat des Psychiatres Français, ne relie "l'originalité de la psychiatrie" non à un découpage spatial de son organisation : à la différence de la technique cardiologique intégrée verticalement comme d'autres spécialités en raison de la nécessité d'un rassemblement de moyens perfectionnés et d'hommes très qualifiés, la psychiatrie ne devrait pas connaître d'organigramme vertical car "la logique du Modèle psychiatrique [...] consiste à ce que le malade trouve, à proximité de son lieu de vie, les hommes et les moyens d'être traité"⁶¹⁵. La psychiatrie ne procéderait donc pas comme les autres spécialités à un découpage spatial de la réalité mais à une multiplication des regards sur l'objet : "aucun découpage n'est possible dans la réalité du sujet, qui est l'interlocuteur du psychiatre"⁶¹⁶.

⁶¹⁴ Concept élaboré par Pierre Guattari ("La transversalité," *Revue de Psychothérapie institutionnelle*, n°1, 1965).

⁶¹⁵ Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France*, op. cit., p. 85.

Ceux qui ont compté parmi les pionniers du secteur, manifestent leur réprobation à l'égard de la perversion de l'idée initiale du secteur. Lucien Bonnafé indique ainsi que le secteur ne signifie plus "l'ensemble démographique desservi mais l'appareil lui-même"⁶¹⁷. Il invite le monde psychiatrique à se recentrer sur les aventures de la notion de désaliénisme, ne se réduisant pas à une humanisation mais définie comme position basée sur le refus d'une complicité avec une société ségrégative. Il rappelle que l'aliénisme combattu requérait une définition "historico-opérationnelle" empruntée à Foucault désignant l'ensemble historique – notions, institutions, mesures juridiques et policières, concepts scientifiques – tenant captive une folie dont l'état sauvage ne peut jamais être restitué en lui-même. Lucien Bonnafé dénonce un néo-aliénisme insidieux issu de l'application d'une "alternative dans le secteur et non au secteur"⁶¹⁸, participant d'une complicité avec des procédures de rejet non limitées à l'intra-hospitalier. L'hospitalo-centrisme a dû "muter vers un polycentrisme, mais la démultiplication des centres n'a pas guéri la maladie des isolats, au contraire"⁶¹⁹. Hubert Mignot clarifie la position exprimée par Bonnafé en ces termes :

"Dans tous les cas, l'esprit du secteur c'est justement, non pas de répondre à la demande telle qu'elle est formulée : c'est-à-dire généralement une demande d'exclusion, une demande de mise en tutelle"⁶²⁰.

Michel Audisio critique également dans les années 1970 ce que Bonnafé désigne comme des "carences, quant à assumer dans une disponibilité permanente, en tout lieu un traitement aussi précoce que possible, une activité aussi préventive que possible, face aux procédures d'exclusion"⁶²¹ ; il exige par conséquent le transfert des moyens financiers traditionnellement consacrés aux investissements institutionnels d'assistance, vers les budgets d'exploitation des entreprises extra-hospitalières de soins⁶²². En 1983,

⁶¹⁶ Charles Brisset, *op. cit.*, p. 85.

⁶¹⁷ "Dans la définition du service pour laquelle nous militons, nos devoirs relatifs à l'hospitalisation devenaient secondaires, [...] notre champ primordial devenait "le monde extérieur" [...] en fonction du principe de continuité comme en fonction du principe de travail en direction de l'environnement". Pour Bonnafé, la base d'un ensemble démographique en découlait et permettait à un principe démocratique de s'épanouir ; l'involution du service n'a été qu'un cas particulier de la question du service public en général, de la question du rapport entre l'Etat et les citoyens. Le désaliéniste est celui pour Bonnafé qui "prend le contre-pied des attitudes dominantes selon lesquels le principe et la dominante de la réflexion, du discours et de la pratique ne sont pas l'autre, la demande, le besoin ou l'utilisateur mais soi-même et les systèmes idéologiques et institutionnels dans lesquels on est investi", Lucien Bonnafé, "Thèses 1978 sur la "psychiatrie de secteur"", *L'Information psychiatrique, op. cit.*, pp. 877-878.

⁶¹⁸ Notons ici que Lucien Bonnafé oppose deux définitions du secteur : la mauvaise serait l'ensemble de structures extra-hospitalières, la bonne un ensemble démographique (Lucien Bonnafé, "Thèses 1978 sur la psychiatrie de secteur", *op. cit.*, p. 879).

⁶¹⁹ *Ibid*, p. 880.

⁶²⁰ Hubert Mignot, "Présentation de la psychiatrie de secteur", Colloque "Psychiatries, Droit et libertés", Paris, 1972, in *Psychiatries*, 4, 1972, pp. 50-54.

⁶²¹ Lucien Bonnafé, "Thèses 1978 sur la "psychiatrie de secteur"", *L'Information psychiatrique, op. cit.*, p. 884.

c'est Jean Ayme⁶²³ qui incite à se souvenir de la psychothérapie institutionnelle comme d'une espèce d'anticipation du secteur, dont le premier objectif était "la subversion de l'appareil de soins hérité du siècle passé"⁶²⁴.

Aujourd'hui, le secteur n'est toujours pas assimilé par les psychiatres de secteur comme la disparition pure et simple des murs de l'hôpital : la critique d'un néo-aliénisme resurgit sur la base d'une dénonciation de la confusion entre les définitions clinique et profane du mot "institution".

2. La confusion profane entre établissement et institution

Ce qu'il importe de comprendre, c'est que si l'esprit de secteur fut justement guidé par la volonté de ne pas répondre à la demande d'assistance telle qu'elle est formulée socialement, la perversion de l'idée de secteur consiste précisément à avoir confondu les murs de l'asile avec la notion d'institution au sens de la psychothérapie institutionnelle. En 2002, Alain Buzaré met ainsi en garde contre le néo-aliénisme découlant d'une telle confusion dans un ouvrage intitulé *La psychiatrie, c'est la psychothérapie institutionnelle* :

"Si l'on pense avoir dépassé la structure asilaire dès lors que les murs de béton tombent, que les portes s'ouvrent, que l'on peut aller et venir dans le secteur et dans l'hôpital, que l'on peut parler librement, etc. alors on n'a rien compris à l'asile... Aujourd'hui les murs de l'asile sont beaucoup plus insidieux et ils ne sont pas forcément là où l'on croit : il faut les débusquer dans notre tête, dans le secteur, à la Commission médicale d'établissement, au ministère... partout et toujours"⁶²⁵.

Les termes d'institution ou de désinstitutionnalisation exigent donc pour les psychiatres de

⁶²² M. Audisio, J. Demay, "Politique de secteur, conditions d'exercice des psychiatres de secteur et situation du service public de santé mentale", Communication à la société médico-psychologique, mai 1977, in *Annales médico-psychologiques*, volume 135, 1, 1977, pp. 117-120.

⁶²³ Jean Ayme définit le secteur par deux principes : d'une part l'égalité et la continuité des soins dispensés par une même équipe "la politique de secteur permet d'assurer des *soins d'égale valeur pour tous*, sans discrimination nosographique, géographique ou économique. Chaque malade, chaque famille sont assurés de trouver au plus près de chez eux, même dans les campagnes les plus reculées, une équipe de soins de même qualité susceptible de répondre à leur demande. On l'a parfois comparé au système scolaire mis en place à la fin du siècle dernier : une école par village, une école par quartier. Pour une masse géo-démographique de 60 à 70.000 habitants, c'est une même équipe médicale qui assure la prévention, les traitements hospitaliers et ambulatoires dans les lieux d'accueil ou au domicile, permettant de réaliser pour chaque malade une continuité de la prise en charge tenant compte de toutes les étapes évolutives". "La politique de secteur c'est aussi l'action menée dans la collectivité desservie auprès des médecins, des travailleurs sociaux, des enseignants et d'une manière générale de tous ceux qui sont concernés par les problèmes d'hygiène mentale, par des rencontres, des conférences, des propositions d'actions communes. La sensibilisation aux problèmes de la maladie mentale, souvent vécue dans la population comme se résumant à l'asile où aux exactions des malades sortis trop tôt, peut être obtenue, avec des propositions d'aide et de soutien, au-delà de la famille, auprès d'un entourage élargi, immeuble ou quartier" (Jean Ayme, *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*, *L'information psychiatrique*, op. cit., pp. 399-412).

⁶²⁴ *Ibid*, p. 399.

⁶²⁵ **Alain Buzaré, *La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie*, op. cit., p. 70.**

secteur une clarification. Les rédacteurs du Rapport Demay désignaient ainsi en 1982 la désinstitutionnalisation comme une pratique de soin⁶²⁶. C'est dans le même esprit que Guy Baillon⁶²⁷ spécifiait récemment la distinction entre la définition profane et la définition clinique de l'institution : d'après ce psychiatre en effet, dans le langage courant, le terme d'institution psychiatrique s'identifie à celui d'établissement psychiatrique mais dans le langage clinique, "l'institutionnel" renvoie aux liens que les hommes établissent entre eux, "l'institution représente ce qui a été institué et qui va être modifié"⁶²⁸. Cette critique rejoint d'une certaine manière la conception durkheimienne de l'institution. En effet, les psychiatres ont une définition de l'institution proche de celle d'Émile Durkheim pour la raison suivante : puisqu'elle elle connaît une dimension inconsciente⁶²⁹, elle ne s'identifie pas au substrat matériel de la vie sociale⁶³⁰. La dénonciation psychiatrique d'une négation de la fonction symbolique des institutions par une dérive du secteur semble correspondre ainsi parfaitement à l'idée que les institutions psychiatriques reproduisent une demande sociale d'exclusion. Une répétition de la demande sociale telle qu'elle est déplorée par les psychiatres de secteur est dans le langage durkheimien, la transformation d'une référence aux institutions en une identification aux institutions.

⁶²⁶ Docteur P. Noël, Document de travail préalable au Rapport Demay, 1982, p. 6 (Archives DGS).

⁶²⁷ Guy Baillon est psychiatre des hôpitaux. Il rédige en 2000 l'Appel de Bondy (pour la psychiatrie de secteur, en son 40^{ème} anniversaire, 14èmes journées de psychothérapie institutionnelle, mars 2000) dans lequel il affirme avec détermination la nécessité de retrouver l'audace de la psychiatrie de secteur, telle qu'elle fut pensée par ses pionniers avant 1950, et dénoncer le désinvestissement de l'Etat en matière de sectorisation. Guy Baillon déclare notamment : "la persistance des gros hôpitaux psychiatriques pèse sur la qualité du travail de secteur", p. 92. Il s'agit notamment pour Guy Baillon de repenser des savoirs et pratiques issus de la Psychothérapie institutionnelle à la lumière de la situation nouvelle de la psychiatrie dans l'espace social du secteur, p. 97. (*Livre Blanc de la Santé mentale*, CICA 20^{ème}, octobre 2001, pp. 84-102).

⁶²⁸ Guy Baillon, "Institution et psychiatrie", *Psychiatrie Française*, volume 28, n°1, mars 1997, p. 26.

⁶²⁹ Pour Durkheim, il existe une mémoire proprement mentale : la vie représentative n'est rien autre chose qu'un ensemble de représentations et les états psychiques auraient la propriété de transmettre la vie qui est en eux aux autres états avec lesquels ils sont en relation, aussi bien qu'une cellule peut transmettre son mouvement aux cellules voisines. Ces "phénomènes de transfert" sont même d'autant plus faciles à concevoir en ce qui concerne la vie représentative qu'elle n'est pas formée d'atomes, séparés les uns des autres ; c'est un tout continu dont toutes les parties se pénètrent les unes les autres. Durkheim conclut que la représentation ne peut pas se définir que par la conscience : alors même qu'un phénomène n'est pas clairement représentable à l'esprit, on n'est cependant pas en Droit de le nier, s'il se manifeste par des effets définis qui, eux, sont représentables et qui lui servent de signes. Il peut donc y avoir des états psychiques sans conscience, comme en témoignent les expériences de Pierre, l'hypnose ou les cas de numération inconsciente de calculs assez complexes. La vie psychique est d'après ces expériences "un vaste système de réalités sui generis, fait d'un grand nombre de couches mentales superposées les unes aux autres, beaucoup trop profond et trop complexe pour que la simple réflexion suffise à en pénétrer les mystères, trop spécial pour que des considérations purement physiologiques puissent en rendre compte" (Emile Durkheim, "Représentations individuelles et représentations collectives", texte publié dans la *Revue de Métaphysique et de Morale*, tome VI, numéro de mai 1898, Edition électronique réalisée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi, dans le cadre de la collection "Les classiques des sciences sociales", www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/, pp. 9-25).

III. Un statut pour les psychiatres de secteur

Puisque la professionnalité constitue un enjeu idéologique et politique⁶³¹, Lise Demailly propose une sociologie des groupes professionnels qui s'attache à saisir les cultures professionnelles dans leurs dynamiques contextuelles et structurelles, tout en étudiant leur "dimension spécifique, non épuisée par l'étude sociologique des dynamiques individuelles, ni par celles des tendances historiques globales"⁶³². Faisant nôtre une telle perspective, nous comptons retracer les enjeux de l'inscription historique d'une profession dans un compromis social particulier à travers l'histoire des combats syndicaux des médecins des hôpitaux psychiatriques visant la définition de leur statut. Ce travail doit nous permettre de comprendre le lien entre l'évolution de la pratique psychiatrique et l'exigence de parité formulée par les médecins des hôpitaux psychiatriques entre 1945 et 1970. La lutte statutaire faisant l'objet de notre analyse s'apparente à une tentative de conciliation de deux objectifs, et c'est en cela que nous parlons de parité : la reconnaissance officielle d'une compétence propre aux médecins des hôpitaux psychiatriques d'égale valeur à celle des psychiatres travaillant hors cadre, la défense d'une spécificité de la pratique psychiatrique intra et extra-hospitalière publique.

Selon Albert Ogien, l'analyse de la pratique psychiatrique "conçue comme négativité"⁶³³ développée par Michel Foucault, Robert Castel ou encore Marcel Gauchet et Gladys Swain, considère à tort comme marginaux des éléments comme la

⁶³⁰ Pour Durkheim, la société a pour substrat l'ensemble des individus associés. Le système qu'ils forment en s'unissant constitue la base sur laquelle s'élève la vie sociale. Les représentations qui en sont la trame se dégagent des relations qui s'établissent entre les individus ainsi combinés ou entre les groupes secondaires qui s'intercalent entre l'individu et la société totale. Aussi, tout en résidant dans le substrat collectif par lequel elle se rattache au reste du monde, la vie collective n'y réside pas cependant de manière à s'y absorber. Par conséquent, la matière première de toute conscience sociale est étroitement en rapport avec le nombre des éléments sociaux, la manière dont ils sont groupés et distribués, mais les premières représentations qui en découlent deviennent des réalités partiellement autonomes, qui ont le pouvoir de s'appeler, de se repousser, de former entre elles des synthèses de toutes sortes, déterminées par leurs affinités naturelles et non par l'état du milieu au sein duquel elles évoluent. Dans une note (page 25), Durkheim va même jusqu'à définir la sociologie comme psychologie collective : "Quand nous disons psychologie tout court, nous entendons psychologie individuelle, et il conviendrait, pour la clarté des discussions, de restreindre ainsi le sens du mot. La psychologie collective, c'est la sociologie tout entière ; pourquoi ne pas se servir exclusivement de cette dernière expression ? Inversement, le mot de psychologie a toujours désigné la science de la mentalité chez l'individu ; pourquoi ne pas lui conserver cette signification ? On éviterait ainsi bien des équivoques". Durkheim,, "Représentations individuelles et représentations collectives", *op. cit.*, pp. 19-23.

⁶³¹ Pour Lise Demailly, que nous approuvons largement, la compétence, dès lors qu'on écarte l'usage essentialiste et managérial du terme qui réifie les aptitudes à l'aune des critères de productivité, est tout comme la qualification, "une catégorie pratique servant à désigner un rapport social [...qui peut être pensé comme] tri-polaire entre les propriétés sociales des individus, les requis des situations de travail et la reconnaissance de l'adéquation entre propriétés et requis, qui fonde les rémunérations économiques et symboliques", Lise Demailly, "La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels", *Travail et emploi*, n°76, 1998, p. 10.

⁶³² Lise Demailly, *Ibid*, p. 11.

reconnaissance de la psychiatrie comme spécialité médicale. La production chez ces auteurs d'un savoir critique portant sur l'existence d'une institution spécialisée dans le traitement d'une forme de déviance ignorerait "la question du rapport de la finalité supposée de l'activité psychiatrique aux conditions effectives de l'accomplissement pratique d'une intervention en psychiatrie"⁶³⁴.

Nous souhaitons quant à nous rappeler le contexte d'émergence de la psychiatrie comme spécialité médicale en puisant dans les combats syndicaux portés par la profession. Il s'agira de rapporter les exigences des médecins des hôpitaux psychiatriques aux rapports d'inclusion et d'exclusion de la pratique, telle qu'ils sont pensés par les praticiens : neurologie/psychiatrie, fonctionnaire/libéral, universitaire/sectorisé, etc. Dans cette partie, il s'agit d'envisager la parité tant souhaitée par les médecins des hôpitaux psychiatriques, parité exigeant la séparation avec les neurologues et l'existence d'un régime statutaire identique aux autres médecins des Hôpitaux. Le secteur intervient dans ces deux revendications à titre de justification première : c'est parce que l'Université ne connaît pas les transformations liées au désaliénisme qu'elle ne pratique pas la même psychiatrie que dans et autour des hôpitaux spécialisés ; c'est parce que le maintien d'un statut spécialement attaché à un hôpital (celui de fonctionnaire et celui de médecin-directeur) et non à un service public de psychiatrie entrave le développement du secteur comme idée et comme organisation que la défonctionnarisation et l'abolition du statut de médecin directeur sont réclamés par les médecins des hôpitaux psychiatriques.

A- Une parité pour la psychiatrie

La loi de 1838 marquait l'avènement d'un "réseau asilaire construit en marge du dispositif des hôpitaux publics"⁶³⁵ géré au niveau communal alors que l'asile dépendait directement de l'Etat. Les aliénistes sont exclus de l'Université qui est plutôt marquée par la neuro-psychiatrie. En 1902, un concours national va conditionner l'accès aux postes de médecins des asiles. A partir de la Libération, la réforme visant à fixer officiellement les limites de chaque spécialité médicale suscite un vif débat opposant les médecins des hôpitaux psychiatriques et les hospitalo-universitaires spécialistes des maladies du système nerveux.

L'étude de la lutte pour l'extension de l'accès au Certificat de Neuro-psychiatrie puis de Psychiatrie, met en évidence la défense syndicale d'une spécificité de l'activité psychiatrique basée sur une clinique pouvant être acquise en différents lieux d'exercice. Cette position implique naturellement que le statut de spécialiste de psychiatrie, ne dépende pas exclusivement du diplôme universitaire. Nous allons tenter de clarifier une exigence d'autonomie de la psychiatrie qui est fondée d'abord sur rapport de force statutaire en faveur de la neuropsychiatrie universitaire, et ensuite sur un rapport de

⁶³³ Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique*, *op. cit.*, p. 20.

⁶³⁴ Albert Ogien, *op. cit.*, p. 26.

⁶³⁵ Patrice Pinell, "Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)", *op. cit.*, p. 21.

connaissance qui trouve ses origines dans des conditions d'exercice spécifique à la pratique sectorisée naissante.

A-1- LA LUTTE DES ÉQUIVALENCES DE FORMATION : DE LA NEUROPSYCHIATRIE À LA PSYCHIATRIE COMME SPÉCIALITÉ MÉDICALE

L'institution d'un diplôme spécialisé de psychiatrie date de 1968. Cependant, c'est bien avant que la séparation entre neurologie et psychiatrie est justifiée par les praticiens des hôpitaux psychiatriques. D'abord voulue comme différence optionnelle d'un même cursus, cette séparation va structurer le débat psychiatrique autour de la sous-représentation universitaire de la psychiatrie des Hôpitaux Spécialisés prenant en charge la quasi-totalité des patients malades mentaux. Ce n'est que plus tard que le débat se radicalisera autour d'une spécificité psychiatrique construite en référence aux sciences humaines, contrairement à la neurologie.

1. Les prémisses de la séparation entre neurologie et psychiatrie

Le premier acte du combat pour la séparation de la neurologie et de la psychiatrie remonte à 1947. A l'époque, l'objectif est de séparer à l'intérieur d'une même spécialité la compétence à dominante neurologique et la compétence à dominante psychiatrique.

On en trouve une trace dans un numéro de *L'information psychiatrique* de mai 1947 dans lequel Henri Ey et Henri Gallot rédigent un "projet de réglementation de l'exercice de la psychiatrie, en secteur privé et en secteur public". Les auteurs proposent un brevet "Maladies du système nerveux" décliné selon deux options : la mention Neurologie impliquant deux ou trois ans de stage en neurologie et neurochirurgie, et un an de stage en psychiatrie pour les internes ; la mention Psychiatrie imposant un stage de 3 ans dans un service spécialisé en psychiatrie et un an de stage en neurologie ou neurochirurgie⁶³⁶. Cette revendication n'aboutira pas puisque l'arrêté de 1949 institue un diplôme unifié : le Certificat d'Etudes Spécialisées de neuropsychiatrie⁶³⁷ (CES).

Plusieurs textes vont réglementer dans les mêmes années les équivalences de formation entre les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques et les étudiants préparant le Certificat d'Etudes Spécialisées en neuropsychiatrie.

Tout d'abord, un décret du 16 avril 1949 rend obligatoire pour les internes des hôpitaux psychiatriques éloignés des Centres universitaires un stage dans les hôpitaux distants des Villes de Faculté : les hôpitaux psychiatriques sont alors habilités à les accueillir. Le même décret permet aux étudiants qui préparent un diplôme de spécialité d'être dispensés d'une partie ou de la totalité du stage pratique de 6ème année. Cette disposition sera interprétée par les médecins des hôpitaux psychiatriques par la voix de leur syndicat comme une dispense de stage, lui-même jugé incompatible avec l'enseignement du certificat⁶³⁸.

⁶³⁶ Henri Ey, Henri Gallot, "Projet de réglementation de l'exercice de la psychiatrie, en secteur privé et en secteur public", *L'information psychiatrique*, mai 1947, n°7, pp. 217-218.

⁶³⁷ Cf *L'information psychiatrique*, mai 1949, n°4, pp. 159-161.

Ensuite, un arrêté du 6 mai 1955 accorde une équivalence de Certificat de Neuropsychiatrie aux internes des hôpitaux de ville de Faculté nommés au concours ayant accompli intégralement leur internat et ayant exercé leurs fonctions dans un service spécialisé pendant le temps fixé par le règlement de chaque certificat. D'après l'arrêté du 9 janvier 1957 enfin, est spécialiste tout détenteur du CES ou tout médecin qualifié par une commission compétente après transmission par le conseil de l'Ordre de sa demande de qualification⁶³⁹.

On peut conclure au vu de cet ensemble de textes que les réformes alourdissent les conditions d'accès des internes des hôpitaux psychiatriques au CES de neuropsychiatrie, suspendent l'équivalence du titre de médecin des hôpitaux psychiatriques à la décision d'une commission et instaurent la possibilité d'une dispense de stage en hôpital psychiatrique pour les étudiants préparant le CES.

En 1957, la critique des conditions d'obtention du CES de neuropsychiatrie par les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques est vive. Ainsi, tandis que l'obtention du CES de neuropsychiatrie tend à devenir le procédé habituel de qualification, on peut lire dans la revue *L'information psychiatrique* un article de Xavier Abély intitulé "Où en est la qualification de Neuropsychiatrie ?", qui dénonce la restriction de l'équivalence au certificat :

"Des internes des hôpitaux psychiatriques de centres universitaires, et nommés au concours en sont éliminés, des internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine [...], des chefs de Cliniques psychiatriques issus du concours de l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine sont exclus de cet avantage [...] et l'équivalence du Certificat de Neuropsychiatrie n'est pas accordée au titre de Médecin chef des hôpitaux psychiatriques"⁶⁴⁰.

L'argument avancé est celui du caractère irremplaçable de la formation constituée par "l'internat des Hôpitaux Psychiatriques et des Cliniques universitaires psychiatriques"⁶⁴¹. Certains proposent donc l'octroi de droit de la qualification à tous les internes ayant terminé leurs fonctions hospitalières. On dénonce le caractère exagéré de l'exigence faites aux internes des hôpitaux psychiatriques de cumuler un long stage hospitalier dans la spécialité et trois années de préparation au certificat. Xavier Abély propose donc trois

⁶³⁸ Xavier Abély "Où en est la qualification de Neuropsychiatrie ?", *L'information psychiatrique*, n°5, mai 1957, p. 260.

⁶³⁹ Les commissions (interrégionales et nationale) de qualification ont pour rôle d'apprécier les titres des postulants à la qualification. Leurs membres sont nommés par le Ministre de la santé publique (actuellement le secrétaire d'Etat à la santé). Elles comprennent chacune un professeur de la spécialité proposé par le ministre de l'Education nationale et 4 médecins dont deux proposés par le Conseil national de l'Ordre et deux par le syndicat national de la spécialité le plus représentatif. Ces commissions de qualification ne sont pas nouvelles. A l'origine, elles étaient destinées à régulariser les situations des médecins ayant plusieurs années d'exercice d'une spécialité. Elles devaient disparaître avec les enseignements de préparation des CES mais en 1952, elles sont progressivement remplacées par des commissions pluri-régionales.

⁶⁴⁰ Xavier Abély, "Où en est la qualification en psychiatrie ?", *op. cit.*, mai 1957, n°5, p. 257.

⁶⁴¹ "Il n'y a pas de comparaison entre cet apprentissage et celui destiné à l'obtention du certificat" pour Xavier Abély qui attribue à la garantie nouvelle du CES une "marche rétrograde imposée" (Xavier Abély, *L'information psychiatrique*, *op. cit.*, p. 258).

modes de qualification : par le certificat, par les commissions de psychiatrie, et de droit pour "les médecins qui possèdent des titres hospitaliers, comprenant en particulier les médecins des hôpitaux psychiatriques, les Chefs de Clinique et les Internes des Hôpitaux déjà spécialisés, les Internes des hôpitaux psychiatriques des Centres universitaires"⁶⁴².

2. L'enjeu du débat sur la neuropsychiatrie : l'organisation de la profession psychiatrique

Everett Hugues, qui s'intéressa à la profession médicale dans les années 1950 fait figurer parmi les thèmes d'étude liés à la question de la professionnalisation celui de "la division implicite entre ceux qui penchent vers la théorie et ceux qui penchent vers la pratique"⁶⁴³. Ce dernier peut se décliner sous la forme d'une lutte pour la formation universitaire autonome impliquant en amont la multiplication des conditions préalables à l'admission dans l'école professionnelle, et en aval la prolongation des cursus et stages sur le modèle de l'internat en médecine. Nous allons voir concernant la psychiatrie que, bien qu'initialement, la revendication porte sur la création d'une mention "psychiatrie" à égalité avec la mention "neurologie" du diplôme commun, à la fin des années 1950, le combat pour la création d'une spécialité neuropsychiatrique va se transformer au profit de revendications en faveur de la séparation en spécialités de la neurologie et de la psychiatrie, moins au nom du savoir lui-même qu'en raison des conditions d'exercice de la discipline.

La création en 1958 des Centres Hospitaliers Universitaires et l'imposition du temps plein pour les hospitalo-universitaires, contribuant à dissocier les intérêts professionnels des hospitalo-universitaires et des médecins libéraux, accélérera cette transformation des revendications, transformation dont nous avons retrouvé la trace dans les débats de la Commission des Maladies Mentales. Ainsi, lors de la séance du 24 novembre 1959, la Commission des Maladies Mentales du Conseil permanent d'hygiène mentale⁶⁴⁴ discute de la récente position du comité interministériel du Ministère de la Santé sur les spécialités hospitalières (position rétractée par la suite) énoncée comme suit :

"La psychiatrie figure comme une spécialité hospitalière au même titre que la médecine générale, tandis que la neurologie est mise dans la médecine générale au deuxième degré comme la gastro-entérologie"⁶⁴⁵.

Le Professeur Dechaume réitère la critique formulée depuis la fin des années 1940, en

⁶⁴² Xavier Abély, *L'information psychiatrique*, juin 1957, n°6, pp. 323-327.

⁶⁴³ Everett Hughes, «Professions», *Daedalus*, 92, n°4, 1963, pp. 655-668, in Everett Hughes, *Le regard sociologique, Essais choisis, op. cit.*, p. 113.

⁶⁴⁴ Elle réunit notamment Xavier Abély, Lucien Bonnafé, Georges Daumézon, Henri Duchesne, Jean Lauzier, Louis Le Guillant, Hubert Mignot, Eugène Minkowski, Paul Sivadon, et Mademoiselle Mamelet, alors chef du 7^{ème} bureau de la Sous-direction de l'Hygiène sociale (Archives DGS).

⁶⁴⁵ Cette position est affirmée le 30 octobre 1959. Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 24 novembre 1959 (*L'information psychiatrique*, n°4, avril 1960, p. 449).

des termes faisant appel non au savoir mais aux structures d'exercice :

"La remise en question de l'unité neuro-psychiatrique et plus spécialement de la neuro-psychiatrie comme spécialité hospitalière", c'est "opposer à nouveau la psychiatrie dans les HP et celle qui, provenant de l'internat des hôpitaux généraux, sera enseignée et exercée dans les centres hospitalo-universitaires" ⁶⁴⁶

Dans les années 1960, les psychiatres non universitaires critiquent en effet le monopole de représentation de la discipline par les spécialistes du système nerveux, qui participent faiblement à la prise en charge de la pathologie mentale⁶⁴⁷. En quelque sorte, les psychiatres ont dû d'abord conquérir l'intégration à une spécialité médicale hybride – la neuropsychiatrie, avant de s'en séparer pour que la psychiatrie soit consacrée comme spécialité médicale autonome, conformément au projet initial de 1947 de Henri Ey et Henri Gallot que nous avons déjà évoqué.

En 1960, le Secrétaire Général du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, le Docteur Mignot, adresse au Comité interministériel d'Etude des problèmes de l'Enseignement médical, de la Structure hospitalière et de l'Action sanitaire et sociale un rapport synthétisant les débats des réunions de l'année 1959 à la Commission des Maladies Mentales⁶⁴⁸. L'essentiel des revendications qui y sont consignées tourne autour de la nécessité de prendre en compte dans l'enseignement "le très riche matériau clinique des hôpitaux psychiatriques qui n'est pratiquement pas utilisé pour l'enseignement par l'Université"⁶⁴⁹.

La formation à la psychanalyse ou aux psychothérapies d'inspiration psychanalytique se fait alors par des séminaires externes à l'Université et aux Hôpitaux généraux. Hubert Mignot impute à cet état de fait une "dualité de formation et d'esprit entre les psychiatres formés dans les Hôpitaux généraux ou à l'Université, et ceux qui viennent en gros des hôpitaux psychiatriques", qui empêche certains psychiatres d'être formés à une psychiatrie située "au carrefour des sciences biologiques et des sciences humaines"⁶⁵⁰. C'est donc bien le lieu d'exercice qui détermine les ressources théoriques de la formation et non l'inverse.

Le Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques souhaite une parité avec les médecins des Hôpitaux généraux dans l'enseignement au motif que la psychiatrie de

⁶⁴⁶ Le Professeur Dechaume précise d'ailleurs que le conseil d'administration du Syndicat des médecins chirurgiens et spécialistes des hôpitaux publics dans sa séance du 1^{er} novembre a pris position contre ce projet en faveur de la neuro-psychiatrie comme spécialité hospitalière (*L'information psychiatrique*, n°4, avril 1960, p. 449).

⁶⁴⁷ Patrice Pinell rappelle qu'à l'époque, il y a 3000 lits de psychiatrie en CHU, et 130000 dans les hôpitaux psychiatriques, Patrice Pinell, "Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)", *op. cit.*, p. 23.

⁶⁴⁸ Y participent notamment le Professeur J. Dechaume, Xavier Abély, Henri Ey, Henri Gallot, Paul Le Guillant.

⁶⁴⁹ Hubert Mignot, "Du retentissement de la réforme hospitalo-universitaire sur la psychiatrie française", *L'information psychiatrique*, février 1960, n°2, p. 312.

⁶⁵⁰ Hubert Mignot, "Du retentissement de la réforme hospitalo-universitaire sur la psychiatrie française", *op. cit.*, p. 313.

secteur, largement majoritaire, intègre de fait des dimensions nouvelles du soin sous un triple aspect : prophylactique, thérapeutique et réadaptatif. Constatant que le professeur de Psychiatrie peut "choisir ses patients" et exclure de son enseignement "toute la gamme des problèmes qui se posent effectivement en psychiatrie y compris les moins spectaculaires"⁶⁵¹, le Secrétaire Général du Syndicat demande au Ministère de créer des chaires de Neuropsychiatrie dans toutes les facultés et Ecoles nationales en utilisant les locaux et le matériel clinique des hôpitaux psychiatriques proches de ces facultés ou de ces écoles. Le caractère "extrêmement original de la discipline psychiatrique" est invoqué dans le but de faire intervenir la spécialisation psychiatrique, ni trop tôt ni trop tard, dans la formation médicale. Il faut noter sur ce point que les Professeurs de Neuropsychiatrie et les médecins des hôpitaux psychiatriques adoptent une position commune : lors de l'assemblée générale du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques du 23 novembre 1959, le principe d'une formation commune des psychiatres chargés de fonctions hospitalières ou hospitalo-universitaires et des médecins des hôpitaux psychiatriques suscite en effet le consensus : il s'agit alors de ne pas confier l'enseignement de la psychiatrie aux seuls universitaires de formation⁶⁵².

Toutefois, certaines tendances contradictoires vont se développer du point de vue des représentations. Dès lors, tandis que la défense de l'unité neuropsychiatrique ou de la spécialité médicale psychiatrique autonome est d'abord l'occasion de spécifier le caractère médical de la psychiatrie afin de rivaliser institutionnellement sans se confondre avec la neurologie, le divorce avec la neurologie sera justifié par le caractère non médical de la discipline et l'apport des sciences humaines à la discipline (dimension psychothérapeutique d'une part et préventive de l'autre). Les Journées Psychiatriques de 1965, 1966 et 1967 témoignent d'une telle justification.

Nous allons tenter de comprendre en quoi le conflit entre psychiatres est essentiellement déterminé par la sous-représentation universitaire de la discipline psychiatrique, à partir des positions exprimées lors de ces journées. Les trois volumes du Livre Blanc de la Psychiatrie française⁶⁵³ consacrent tous une partie à la question de la formation et de l'enseignement de la psychiatrie et un développement aux relations entre psychiatrie, neurologie et médecine. L'analyse des raisons de la revendication de séparation de la psychiatrie et de la neurologie nécessite de se référer d'abord à une histoire institutionnelle, puis à des différences de type théorique. Nous verrons alors en quoi, d'une certaine manière, les rapports entre neurologie et psychiatrie ne sont pas déterminés mais justifiés par les théories scientifiques. La disproportion entre la représentation de la neurologie dans l'enseignement universitaire et le volume de

⁶⁵¹ Hubert Mignot, *Ibid*, p. 320.

⁶⁵² La Lettre du 3 janvier 1960 des professeurs de Clinique neurologique, psychiatrique, et neuro-psychiatrique à Monsieur Debré, Président du Comité interministériel va dans le même sens : "nous avons pris position pour l'unité neuro-psychiatrique" à l'unanimité du Syndicat National des Médecins Spécialistes des Maladies du Système Nerveux (SNMFMSMN). Les conclusions communes sont adoptées le 4 décembre 59 par le SNMFMSMN présidé par le Pr. Dechaume ; *L'information psychiatrique*, n°1, janvier 1960, pp. 325-327.

⁶⁵³ tome I en 1965, tome II en 1966 et tome III en 1967, *op. cit.*

malades pris en charge par les médecins des hôpitaux psychiatriques fonde les arguments de ces derniers. La discussion porte moins sur la théorie que sur l'organisation de la profession : l'intégration des hôpitaux psychiatriques dans le groupe des hôpitaux de 1ère catégorie est alors conçue comme un moyen de parler équitablement du problème scientifique posé par les maladies mentales.

Pour notre analyse, un état des lieux du volume de population prise en charge dans les services de psychiatrie s'impose. Dans les faits, au début des années 1960, les cliniques de Neuropsychiatrie des Facultés et des Services Neuropsychiatriques des Hôpitaux généraux comptent entre 2 et 3000 lits alors que les hôpitaux psychiatriques en ont quelque 110 000 auxquels il faut ajouter tous les patients suivis dans les dispensaires d'Hygiène mentale. Concernant les effectifs professionnels, on compte quelque 565 médecins des hôpitaux psychiatriques en 1966 et 1390 neuropsychiatres qualifiés⁶⁵⁴.

S'agissant des lits d'hospitalisation, ils sont affectés soit en neurologie, soit en psychiatrie dans la pratique et si l'on prend simplement les chiffres des hôpitaux de la Seine, on voit que les lits en neurologie sont trois fois plus nombreux que les lits de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, alors que le volume de lits dans les hôpitaux psychiatriques est seize fois plus important que celui des lits en hôpital général. Le tableau suivant donne un aperçu de la situation en 1964 :

Tableau 8 : Répartition des lits de neurologie et de psychiatrie dans les hôpitaux de la Seine (1964)

Spécialité/ Type d'établissement	Neurologie	Psychiatrie
Hôpitaux généraux de la Seine	925 lits	398 lits
Hôpitaux psychiatriques de la Seine	Aucun lit	15000 lits*

Sources : Livre Blanc de la Psychiatrie Française, Tome I, op. cit., Privat, pp. 179 et 203 (* Ce nombre est la somme des effectifs des Hôpitaux psychiatriques de Saint-Anne, Ville-Evrard, Maison-Blanche, Villejuif, Perray-Vaucluse, Moisselle et du Centre Psychothérapique des Murets)

Les hôpitaux psychiatriques de la Seine ne comportent aucun service de neurologie mais deux services de neurochirurgie (170 lits). Il y a à la Salpêtrière 228 lits dits de "neuropsychiatrie"⁶⁵⁵.

Les spécialités médicales, comme la cardiologie par exemple, sont représentées à l'Université proportionnellement aux nombres de malades pris en charge. Si la psychiatrie était représentée, il faudrait donc tenir compte du fait que les lits d'hospitalisation psychiatrique totalisent un tiers du total des lits d'hospitalisation.

La séparation de fait entre neurologie et psychiatrie invite à interroger le bien-fondé d'une neuropsychiatrie consacrée en 1949, jugée aux Journées Psychiatriques de 1966 comme le "produit d'un mariage forcé qui a engendré un amalgame, alors que la meilleure

⁶⁵⁴ *L'information psychiatrique*, n°5, volume 44, 1968, p. 500.

⁶⁵⁵ *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, Tome I, op. cit., p. 203.

connaissance de la pathologie, des meilleures possibilités de diagnostic et de thérapeutiques sont allées dans le sens de la différenciation⁶⁵⁶. Il s'avère qu'entre 1949 et 1966, la formation des médecins des hôpitaux psychiatriques s'est transformée avec la diffusion des thèses psychanalytiques et phénoménologiques, de sorte que le combat pour l'autonomisation de la psychiatrie se fait de plus en plus sur des motifs internes liés à l'évolution de la théorie clinique. La réalité quant à la disproportion entre les praticiens des hôpitaux psychiatriques et les autres en terme de charge de population à soigner est en revanche constante sur la même période.

Un détour historique s'impose ici. Depuis 1838, nous l'avons vu, la loi définit l'espace de compétence des médecins des hôpitaux psychiatriques. Mais universitairement parlant, la chaire de clinique des maladies mentales a toujours été attribuée historiquement à des médecins des hôpitaux généraux. Le cloisonnement entre praticiens de la psychiatrie apparaît ancien lorsque l'on retrace l'histoire des "chaires" dédiées à la maladie mentale. A l'origine en effet, c'est-à-dire en 1862, Jean Martin Charcot est nommé médecin résidant à la Salpêtrière, mais dans un service totalement séparé de celui renfermant les 925 aliénés suivis par un médecin "aliéniste". A la suite de l'évacuation d'un bâtiment de la Salpêtrière, Charcot hérite des hystériques mêlées aux autres aliénés du service dont il n'avait pas la charge⁶⁵⁷. La barrière légale séparant à la Salpêtrière les quartiers d'asiles de la Clinique des maladies mentales s'identifie à une frontière nosographique.

En 1882, la première chaire de Clinique des maladies mentales et du système nerveux est attribuée à Charcot. Benjamin Ball, qui lui succèdera à cette place, et les huit professeurs qui l'occuperont ensuite sont tous médecins des hôpitaux généraux et non médecins des hôpitaux psychiatriques. Ils sont choisis pour leurs connaissances en anatomie pathologique du système nerveux. Benjamin Ball contestera d'ailleurs dans sa leçon inaugurale les conceptions de Pinel et Esquirol sur la nécessité de l'isolement asilaire, et l'incertitude de leur nosologie. Le champ médical de la pathologie mentale se constitue donc en dehors de l'espace défini par la loi de 1838.

En 1921, 1500 lits réservés aux aliénés sont supprimés à Bicêtre et à la Salpêtrière ; le nouveau Centre d'observation et de triage neuro-psychiatrique (55 lits), non soumis à la législation de 1838, fonctionnera alors jusqu'en 1934 comme un service d'urgence, avec des hospitalisations relativement courtes, et une réorientation vers les hôpitaux psychiatriques.

Dans les années 1960, le cloisonnement persiste entre le corps des médecins spécialistes en neuropsychiatrie, dont l'enseignement universitaire est réservé aux stagiaires du Certificat de neuropsychiatrie, et le système d'assistance publique dédié traditionnellement aux grands malades mentaux. Les médecins et les internes des hôpitaux psychiatriques ne peuvent être de droit des neuropsychiatres et les neuropsychiatres ne peuvent être de droit des médecins des hôpitaux psychiatriques puisqu'un concours est nécessaire. Les modifications du système d'assistance publique

⁶⁵⁶ Docteur Green, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome II, *op. cit.*, p. 177.

⁶⁵⁷ Pierre Marie, "Eloge de Charcot", *Revue Neurologique*, 1925, tome I, pp. 739-740.

défini par la loi de 1838, issues du développement de la psychiatrie extra-hospitalière va modifier l'équilibre de ces deux sphères pratiques habituées à fonctionner séparément. La répartition des compétences est naturellement mise à mal lorsque le médecin des hôpitaux psychiatriques ne limite plus son exercice aux frontières fermées de l'asile. Le malaise des psychiatres provient alors plus de l'absence de structures hospitalo-universitaires psychiatriques que d'une divergence profonde quant à la nécessité pour un psychiatre d'acquérir des connaissances neurologiques et pour un neurologue d'être formé à la psychiatrie.

A-2- LA JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DE LA SÉPARATION ENTRE NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Dans "Le problème de la santé mentale en France", mémorandum rédigé par le conseil du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques en 1950, un programme est rédigé, qui définit la "spécialité psychiatrique" par la négative d'abord, par l'affirmative ensuite : le psychiatre n'est pas le neurologue qui est identifié, lui, comme "un médecin qui traite les affections du système nerveux entraînant des troubles sensori-moteurs sans altérer le psychisme des malades"⁶⁵⁸ ; le psychiatre traite en revanche "toutes les altérations des fonctions de la vie de relation qui dépendent d'un trouble psychique, quelles que soient nos connaissances ou nos conceptions sur la pathogénie ou l'étiologie de ce trouble"⁶⁵⁹.

Progressivement, et au fur et à mesure que les sciences humaines deviennent des ressources pour les médecins des hôpitaux psychiatriques, la réticence psychiatrique à être associée à la neurologie dans les spécialités universitaires va trouver des fondements théoriques qui viennent s'ajouter aux motifs d'une lutte centrée sur des enjeux de territoire et de compétence. Cependant, l'opposition avec la neurologie ne sera jamais jugée inutile à la formation du psychiatre.

Cette séparation va se traduire syndicalement par la création d'une sorte de "méta-syndicat" n'ayant pas vocation à se substituer aux anciennes formations de défense professionnelle mais à regrouper les psychiatres qui souhaitent que la loi consacre l'autonomie de la psychiatrie comme spécialité distincte de la neurologie.

1. L'apport des sciences humaines à la psychiatrie

Ce n'est qu'au milieu des années 1960 que les psychiatres soucieux de développer le secteur vont tenter de justifier scientifiquement la séparation en spécialités de la neurologie et de la psychiatrie. En effet, si plusieurs psychiatres présents aux Journées psychiatriques constatent l'influence néfaste sur les rapports entre neurologie et psychiatrie des conflits syndicaux et professionnels liés à une différence de statut et de reconnaissance, la plupart focalisent leurs interventions sur les différences clinique et thérapeutique entre la psychiatrie et la neurologie.

⁶⁵⁸ *L'information psychiatrique*, février 1950, n°2, p. 58.

⁶⁵⁹ *Ibid*, p. 58.

Ainsi, le Docteur Losserand, participant aux Journées Psychiatriques de 1966 appelle la profession à "contredire l'histoire" en abolissant le statut mythologique de la neuropsychiatrie et la réalité juridique de l'aliénation⁶⁶⁰. Son raisonnement est le suivant : le psychiatre aurait voulu s'affilier à la position organiciste de la neurologie pour pallier les faiblesses de sa nosographie et acquérir le statut de science : le diplôme de neuropsychiatrie créerait donc une confusion dans la science entre deux disciplines qui connaissent une réelle distinction dans la réalité⁶⁶¹. Pourtant, il semble que la distinction dans la réalité entre les connaissances neurologiques et psychiatriques n'a rien d'originel. C'est plutôt la théorisation récente de la psychothérapie institutionnelle, grâce aux apports de la psychanalyse, ainsi que sa diffusion chez les médecins des hôpitaux psychiatriques qui éclaire la position des psychiatres présents aux Journées Psychiatriques de 1966. Une telle évolution explique la virulence que prend à l'époque la critique de l'approche neurologique⁶⁶².

Charles Brisset, qui sera bientôt Secrétaire Général du Syndicat des Psychiatres Français, rapproche la psychiatrie de la médecine générale et l'oppose à la neurologie en raison de son aspect psychothérapique et de son rapport avec les sciences sociales et la psychanalyse. Le tableau qu'il dresse alors, reproduit à la page suivante, témoigne de l'intégration de nouvelles ressources théoriques à la clinique psychiatrique.

Tableau 9 : La différence entre la neurologie et la psychiatrie d'après Charles Brisset (1966)

⁶⁶⁰ Pour définir la place particulière de la psychiatrie dans la science médicale, "on doit substituer une définition scientifique de la maladie mentale à la définition juridique de l'aliénation". J. Losserand, *Livre Blanc de la psychiatrie Française*, tome II, 1966, p. 158 et p. 196.

⁶⁶¹ J. Losserand, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, *op. cit.*, p. 200.

⁶⁶² Ainsi, selon Paul Balvet la doctrine neuro-psychiatrique, qualifiée de "bâtarde", constitue "le principal obstacle à l'essor d'une psychiatrie consciente d'elle-même sur le plan théorique, et sur le plan pratique, adaptée à des besoins sociaux sans cesse croissants". C'est parce que la neuropsychiatrie ignore l'originalité foncière de la psychiatrie et sa situation parmi les sciences humaines que les psychiatres doivent selon Balvet faire la critique de leur propre opportunisme vis à vis d'une doctrine qui est devenue de plus en plus étrangère aux progrès accélérés de la psychiatrie. Paul Balvet, "une doctrine bâtarde : la neuropsychiatrie", *L'information psychiatrique*, février 1966, n°2, pp. 103-115.

De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)

Caractéristiques	Neurologie	Psychiatrie
Objet	système nerveux	comportement
Méthode	anatomo-clinique expérimentale	compréhension interpersonnelle
Pratique	comme les autres branches de la médecine	visée psychothérapique constante. Prise en charge souvent illimitée dans le temps
But	fixé : restitution anatomo-clinique ou correction des dégâts lésionnels	qu'est-ce que guérir ?
Instrument	cabinet ou service pour un usage de techniques pour l'étude spatiale des lésions	cabinet pour une relation comme traitement fondamental, ou service pour son action psychothérapique
Exercice	Classique	nouveau, en voie d'élaboration
Enseignement	Classique	essentiellement par une formation à une relation interpersonnelle.

Source : Livre Blanc de la Psychiatrie Française, tome II, 1966, p. 147

Plusieurs éléments dans ce tableau montrent que, lorsqu'il s'agit de spécifier l'originalité de la psychiatrie par rapport à la neurologie, c'est l'aspect non médical au sens technique du terme qui est mis en avant. Pour autant, personne aux Journées psychiatriques ne nie l'utilité de connaissances neurologiques en psychiatrie : la neuropsychiatrie devrait exister au titre de sous catégorie dans l'enseignement de la psychiatrie.

C'est ainsi qu'à l'occasion de la réforme universitaire de 1958, les médecins des hôpitaux psychiatriques jugent la neurologie indispensable dans le cursus médical de tout psychiatre ("la Neurologie et la Psychiatrie demeurent étroitement intriqués")⁶⁶³. Cette position sera réitérée aux Journées psychiatriques de 1966, lorsque l'une des discussions portera sur la définition du champ psychiatrique en fonction de ses objets. En effet, d'après le Docteur André Green⁶⁶⁴, le champ psychiatrique est constitué par trois

⁶⁶³ Hubert Mignot, "Du retentissement de la réforme hospitalo-universitaire sur la psychiatrie française", *L'information psychiatrique*, février 1960, n°2, p. 323.

⁶⁶⁴ Docteur Green, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome II, p. 178. André Green, né en 1927, est interne à Saint-Anne en 1954, assistant à l'hôpital Henri Rousselle en 1957 et chef de clinique de la Chaire des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris entre 1958 et 1959. André Green déclare que Saint-Anne, hôpital psychiatrique n'appartenant pas à l'Assistance publique regroupant les hôpitaux de Paris et les services rattachés à la Faculté, était dominé à cette époque par la personnalité de Henri Ey qui "indiquait la voie de la vraie psychiatrie". Green est également formé par Juliàn De Ajuriaguerra (1911-1993), Professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie à titre étranger depuis 1946. Quand Henri Ey se retire, il demande à Green de le remplacer comme enseignant, ce qu'il fait pendant quelques années. Green devient psychanalyste dans les années 1950 ; il sera lacanien jusqu'en 1967. Elu membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris en 1965 (dont il deviendra directeur dans la seconde moitié des années 1980), il dirigera l'Institut de psychanalyse de Paris dans les années 1970. André Green, *Un psychanalyste engagé, Conversations avec Manuel Marcias*, Calmann-Lévy, Pluriel, 1994, p. 41.

groupes : le premier (les démences, formes d'épilepsie, confusions, états aigus, oligophrénies) implique une "connaissance médicale et neurologique poussée", le deuxième (les états psychotiques et les cas posant des problèmes de relation entre la médecine et la loi) nécessite "de toute évidence la connaissance des aspects sociaux, et non seulement des mécanismes sociaux, mais aussi de l'état de la société, de sa juridiction et surtout de tous les problèmes qui se situent au niveau d'une culture donnée" ; le troisième, conçu comme le noyau dur de la psychiatrie est constitué par les névroses et les psychoses.

L'originalité de la psychiatrie est définie, au cours des discussions des Journées Psychiatriques, par sa différenciation du niveau propre à la neurologie et du niveau propre à la sociologie⁶⁶⁵. Visiblement, ce qui fait débat n'est pas tant la cause de la pathologie que la structure de maladie. Du coup, la psychiatrie est entendue comme englobant la neuropsychiatrie⁶⁶⁶, la psychiatrie nucléaire et la "sociopsychiatrie". Ce triple aspect doit expliquer l'usage en psychiatrie de techniques médicales, de médicaments, de techniques institutionnelles ou de groupe, et de psychothérapies. Des propositions sont donc faites en ce sens pour l'enseignement d'une psychiatrie dont Henri Ey situe le fondement au "milieu de la neurologie et de la psychanalyse". La nécessité de former les psychiatres aux psychothérapies ne doit donc pas impliquer l'abandon de l'abord organiciste de la maladie mentale, pas plus que l'abord sociologique.

Selon la même perspective, la Société de l'Evolution Psychiatrique⁶⁶⁷, rare lieu de rencontre entre des psychanalystes et des non psychanalystes, adopte en 1968 deux motions en accord avec le Livre Blanc de la psychiatrie française, dont l'une appelle à ce que la psychiatrie soit reconnue "comme une discipline médicale autonome" (motion 5) et l'autre propose une formation de quatre ans essentiellement clinique (c'est-à-dire comprenant des fonctions de responsabilité médicale) comportant un enseignement général de la Psychiatrie, de la Biologie, de la pathologie générale, assorti d'une formation aux méthodes psychothérapeutiques, ainsi que d'une connaissance approfondie de la psychiatrie sociale (motion 6)⁶⁶⁸. Quant aux trois tomes du Livre Blanc de la Psychiatrie Française, ils restituent l'accord des médecins présents sur l'idée d'une formation de base commune suivie d'une formation différenciée après option. Plusieurs psychiatres en appellent d'ailleurs à la reconnaissance officielle de la psychiatrie soignante officielle dont Henri Ey et Georges Daumézon sont notamment les maîtres d'œuvre à Saint-Anne, "centre hospitalo-universitaire de fait"⁶⁶⁹.

On notera que la quatrième partie du tome II du Livre de la psychiatrie française

⁶⁶⁵ Ces discussions sont restituées dans le *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome II, 1966, pp. 185-206.

⁶⁶⁶ Pour le Docteur Green, la neuro-psychiatrie est une partie intégrante de la psychiatrie ; il rappelle par exemple l'intérêt des travaux du Docteur Angelergues sur le syndrome de Korsakow, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, *op. cit.*, p. 179.

⁶⁶⁷ La Société de l'Evolution psychiatrique a été fondée en 1928 et compte une centaine de membres en 1965. Elle organise des Groupes d'étude, des colloques, des symposia. La revue *L'Evolution psychiatrique* lui appartient (2000 exemplaires par tirage et quatre numéros par an).

⁶⁶⁸ *L'information psychiatrique*, n°5, volume 44, 1968 p. 482.

synthétise les points d'accord entre psychiatres dits "d'origine diverse" : il est ici assez remarquable que cette expression désigne non des divergences théoriques mais des lieux d'exercice distincts (université, privé, hôpitaux psychiatriques) : l'accent est mis notamment sur l'augmentation des chaires de psychiatrie⁶⁷⁰ et l'utilisation de structures diverses (hôpitaux psychiatriques, dispensaires, services libres...) pour l'enseignement et la qualification. Les médecins des hôpitaux psychiatriques envisagent principalement deux options pour résoudre les problèmes de formation des psychiatres : soit l'intégration à l'enseignement par convention ou cooptation de certaines structures psychiatriques d'un niveau qualitatif élevé, soit la création d'un Institut de psychiatrie pour chaque région universitaire assumant les soins, l'enseignement et la recherche. Face aux revendications des médecins des hôpitaux psychiatriques, le Conseil de l'Ordre se montre réticent ; il argue de l'incompatibilité de la doctrine de la qualification avec la prise en considération exclusive des titres hospitaliers⁶⁷¹. Lucien Bonnafé reconnaît que les structures asilaires sont encore mal formantes mais insiste sur la nécessité de former de nouveaux psychiatres pour réaliser la politique de secteur⁶⁷².

2. La traduction syndicale du conflit

La formation du nouveau Syndicat des Psychiatres Français (SPF)⁶⁷³ en 1967 cherchant à concurrencer le Syndicat des Médecins Français Spécialistes des Maladies du Système Nerveux vient sceller la volonté commune de rassembler dans la même structure tous les psychiatres réclamant la séparation de la neurologie et de la psychiatrie⁶⁷⁴. Au centre des

⁶⁶⁹ Monsieur Penot, interne rappelle les présentations de malades tous les mercredis à saint-Anne, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome II, p. 202.

⁶⁷⁰ Il existe trois chaires de psychiatrie (Adulte) en 1967 à Paris, Strasbourg et Marseille, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome III, *op. cit.*, p. 83.

⁶⁷¹ Henri Ey rapporte les arguments des membres du conseil de l'Ordre dans les commissions où il siégeait, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome II, 1966, p. 215.

⁶⁷² Le dilemme est alors le suivant : il faut former de nouveaux psychiatres pour développer le secteur, mais les hôpitaux psychiatriques sont encore marquées largement par des conceptions asilaires et les psychiatres universitaires ne travaillent pas comme dans les secteurs naissants. Daumézon déplore que la plupart des agrégés en psychiatrie soient des anciens internes des hôpitaux et non des médecins des hôpitaux psychiatriques.

⁶⁷³ Le Syndicat des Psychiatres français (SPF) sera présidé en 1986 par le Professeur Tatossian (CHS La Timone à Marseille). Son Secrétaire général sera le Docteur Geier (Paris). Il rassemble des hospitalo-universitaires, des psychiatres publics et privés. Le SPF a formé une association scientifique commune avec le Syndicat National des Psychiatres Hospitaliers.

⁶⁷⁴ Le premier appel à adhérer à ce nouveau syndicat a lieu le 25 mai 1967, la conférence de presse du 6 mars 1968 du Syndicat des Psychiatres Français fait état de 726 adhérents sur les 1500 à 1600 psychiatres. La première Assemblée générale du Syndicat des psychiatres français se tient le 25 novembre 1967 ; le Professeur Kammerer y déclare : "nous sommes 633" et "notre objectif premier est de réorganiser notre spécialité dans l'autonomie en nous inspirant du Livre Blanc de l'Evolution psychiatrique". Il y a en 1967 1458 neuro-psychiatres qualifiés (*L'information psychiatrique*, n°5, volume 44, 1968, pp. 500, 505 et 507).

discussions de la première assemblée générale du Syndicat, la défense professionnelle des psychiatres français apparaît comme le point de ralliement de praticiens divers qui vont progressivement répondre à l'appel au regroupement. La volonté de regrouper au-delà d'institutions d'exercice différent est affirmée dans le préambule des statuts du Syndicat des Psychiatres Français :

"L'originalité de la psychiatrie impose à ceux qui la pratiquent de rechercher un groupement autonome destiné à défendre et à promouvoir les intérêts de la spécialité psychiatrique, qu'il s'agisse de soins, de formation professionnelle, de recherche.... Le Syndicat des Psychiatres Français n'entend pas se substituer aux Syndicats déjà existants" ⁶⁷⁵ .

Le Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, celui des Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés, l'Association Amicale des internes et anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine recommandent à leurs adhérents d'entrer conjointement dans la nouvelle formation puisqu'elle vise à rassembler tous les psychiatres français sans distinction, sur la base d'intérêts professionnels communs. L'appartenance au Syndicat des Psychiatres Français n'empêche donc pas l'appartenance au Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques : les Docteurs Jean Ayme et Henri Ey sont par exemple au même moment secrétaire général et président du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, et membres du conseil syndical du Syndicat des Psychiatres Français.

La spécialité psychiatrique est alors représentée par les instances universitaires de la neuropsychiatrie, qui interviennent directement auprès des pouvoirs publics ou indirectement par le syndicat des spécialistes du système nerveux. Les médecins des hôpitaux psychiatriques ne sont pas représentés, ce qui les empêche de trouver l'occasion de défendre leur nouvelle conception des soins. A titre d'exemple, nous citerons le président de la nouvelle formation syndicale⁶⁷⁶, Professeur à la Clinique psychiatrique du CHU de Strasbourg, qui, déplore que lors de la séance du 15 avril 1967 de la section mono-spécialisée de Neuropsychiatrie de l'Université, les psychiatres n'aient pu apporter aux débats "les points de vue élaborés au colloque de Bonneval du 23 au 25 juin 1966 et au Symposium sur la formation des psychiatres dans l'Europe des six au Congrès mondial de psychiatrie de Madrid en septembre 1966"⁶⁷⁷, du fait qu'un "neurologue" représentait les psychiatres. Certes, le Syndicat des Psychiatres Français reconnaît une "solidarité d'intérêts"⁶⁷⁸ entre la neurologie, la neurochirurgie, l'électroencéphalographie, la neuropsychologie et la psychiatrie mais il la distingue de la

⁶⁷⁵ *L'information psychiatrique*, n°9, novembre 1967, p. 1223.

⁶⁷⁶ Il s'agit du Professeur Kammerer ; les vices présidents sont les Docteur R. Angerlergues, le Professeur A. Bourguignon, et les Docteurs J. Laboucarie, et H. Mignot.

⁶⁷⁷ Le symposium avait débouché sur une motion préconisant la création d'une spécialité de psychiatrie distincte de la neurologie et dont la formation serait de 4 ans minimum. Au nom des psychiatres français regroupés dans le SPF, le Professeur Kammerer formule son opposition formelle à l'augmentation prévue de 1 an et demi ou 2 ans du stage neurologique pour les psychiatres. Lettre du 7 juin 1967 adressée au Professeur J. Radermecker, secrétaire de la section monospécialisée de Neuro-psychiatrie de l'UEMS, reproduite dans le numéro de *L'information psychiatrique*, n°9, novembre 1967, p. 1223.

communauté d'intérêts devant unir les psychiatres du tout nouveau syndicat⁶⁷⁹.

Le 15 septembre 1967, le chiffre de 450 adhésions est dépassé. On retrouve parmi les membres du conseil syndical tous les noms de ceux qui ont milité pour le secteur, la psychothérapie institutionnelle et la défense de la spécificité psychiatrique⁶⁸⁰.

La réforme globale de l'Université de 1968 va répondre très partiellement aux revendications psychiatriques en créant les Certificats d'Etudes Spécialisées (CES) de psychiatrie et de neurologie⁶⁸¹. Le CES de psychiatrie prévoit que les études dureront quatre ans dont une année probatoire, année durant laquelle l'apprenti psychiatre se verra concrètement engagé comme stagiaire sans responsabilités ni autorisation d'effectuer les actes thérapeutiques élémentaires, alors qu'il prépare l'internat des hôpitaux psychiatriques. La même année, la réforme du service public hospitalier du 31 juillet 1968 aligne le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques sur ceux des hôpitaux généraux. L'obtention du titre d'interne en psychiatrie devient alors une première étape pour devenir médecin des hôpitaux psychiatriques. En 1969, une commission nationale de psychiatrie et des commissions régionales de psychiatrie auprès des UER sont instituées dans le but de réglementer les conditions d'attribution du CES. Pour le Syndicat des Psychiatres français, la parité des services de psychiatrie dans leur aptitude à former des spécialistes en psychiatrie fonde la possibilité pour les médecins des hôpitaux psychiatriques de participer à l'enseignement universitaire. La loi va les y autoriser mais les enseignants non universitaires ne seront pas rétribués.

Sur la formation à proprement parler, une clarification s'impose. Concrètement en 1969, il existe des Centres Hospitaliers universitaires (CHU) ou des Universités d'Enseignement Régional (UER) et des services psychiatriques de secteur. Il y a un internat des CHU ou des UER des Villes de Faculté visant la qualification et une seule voie d'entrée par le Concours d'Assistant des Services publics de Psychiatrie. La création du CES de psychiatrie, séparé de la neurologie, entraîne la reconnaissance d'une filière de formation et de promotion universitaire, qui s'ajoute à la filière de formation mise en place pour les psychiatres du secteur public. Il existe donc toujours un internat spécialisé pour le service public de psychiatrie, constituant un droit juridique spécifique pour le

⁶⁷⁸ Première assemblée générale du Syndicat des Psychiatres Français, n°9, novembre 1967, *L'information psychiatrique*, p. 1222.

⁶⁷⁹ Le syndicat exige que son conseil syndical (environ 80 membres élus) réunissent des délégués de toutes les tendances et de toutes les régions :"- psychiatres universitaires, psychiatres de hôpitaux spécialisés ou généraux, psychiatres des maisons de santé, psychiatres des centres, dispensaires, ou foyers de réadaptation et post-cures, psychiatres spécialisés : psychanalystes, psychiatres d'enfants, psychothérapeutes, Psychiatres de la pratique privée", *L'information psychiatrique*, n°9, novembre 1967, p. 1221.

⁶⁸⁰ Charles Brisset est Secrétaire Général du nouveau syndicat et parmi les membres du conseil syndical, on retrouve Jean Ayme, Michel Audisio, Paul Balvet, Lucien Bonnafé, Georges Daumézon, Henri Ey, Georges Lanteri-Laura, Philippe Koechlin, Louis Le Guillant, Roger Mises, Jean Oury, Philippe Paumelle, et Paul Sivadon. Au bureau du Syndicat, figurent notamment le Professeur Guyotat et le Docteur Bailly Salin. Les membres fondateurs du nouveau Syndicat ne faisant pas partie du bureau sont au nombre de trois : le Docteur Henri Ey, le Pr J. Losserand et le Pr Paul Sivadon. *L'information psychiatrique*, n°5, volume 44, 1968, p. 508.

⁶⁸¹ Arrêté du 30 décembre 1968.

psychiatre de secteur.

En 1972, Henri Ey juge "exorbitant"⁶⁸² le monopole confié par l'Ordre des médecins aux Facultés de Médecine pour la formation des neuropsychiatres puis des psychiatres depuis que la Psychiatrie est constituée en spécialité autonome. Il préconise "que le concours d'internat englobe tous les services de Psychiatrie quels qu'ils soient, que les internes soient également payés quel que soit l'hôpital où ils exercent leurs fonctions, et que les candidats à la spécialisation non internes soient pris en charge dans des centres universitaires fonctionnant comme un secteur, c'est-à-dire "assurant la responsabilité de tout l'éventail psychiatrique"⁶⁸³. Le Secrétaire général du Syndicat des Psychiatres Français écrit ainsi :

"Il faut établir la place de la psychiatrie dans la médecine... les médecins n'ont, au cours de leurs études, pratiquement rien appris en ce qui la concerne,... elle n'est pas présente dans les conseils de l'Université... elle n'est pas présente dans la plupart des hôpitaux généraux... elle n'était pas représentée dans les syndicats médicaux jusqu' en 1970... elle est mal représentée à l'Ordre des Médecins" ⁶⁸⁴ .

Le Syndicat des Psychiatres Français propose alors de résoudre ces difficultés par l'instauration d'une formation de type doctoral donnant à l'interne des responsabilités et une rémunération. Le Rapport Demay est l'occasion de réitérer le caractère qualifiant de tous les services de psychiatrie "au même titre que les services universitaires, et certaines cliniques privées"⁶⁸⁵ .

Patrice Pinell, sociologue⁶⁸⁶, décrit la persistance de la dualité hôpitaux psychiatriques /Centres Hospitaliers Universitaires malgré les aménagements du CES. Ainsi, l'articulation entre le CES et le concours de l'internat national des hôpitaux psychiatriques, dans un contexte de développement du secteur conduit à une tendance des commissions de psychiatrie à lier les postes de formation aux besoins hospitaliers en internes, en raison d'une relative pénurie de praticiens hospitaliers.

Ceci emporte deux conséquences : la subordination de la fonction de formation aux exigences de fonctionnement des services et la croissance rapide du nombre de psychiatres formés par le CES se retrouvant sans débouchés car la psychiatrie publique offre alors peu de postes. Les praticiens libéraux se retrouvent en surnombre, ce qui accentue la différenciation des praticiens selon leurs revenus.

⁶⁸² Henri Ey, préface, in Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France*, op. cit., p. 22.

⁶⁸³ Henri Ey, *ibid*, p. 24.

⁶⁸⁴ ***Charles Brisset participe dans ces années aux réunions de la Commission des Maladies Mentales aux côtés de Hubert Mignot, Jean Ayme, le Professeur Bourguignon, Jacques Demay, Philippe Koechlin, Roger Misès et Philippe Paumelle (réunion du 29 juin 1973 par exemple). Charles Brisset, L'avenir de la psychiatrie en France, op. cit., 1972, pp. 261-262.***

⁶⁸⁵ *Ibid*, p. 50.

⁶⁸⁶ Patrice Pinell, "Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)", op. cit., pp. 20-33.

En 1982, le nouveau DES de psychiatrie recompose le champ psychiatrique en intégrant le dispositif de formation des psychiatres dans le système hospitalo-universitaire. Le cursus passe par la réussite à l'internat des hôpitaux et aux différents concours permettant d'accéder aux postes de praticiens hospitaliers. Cependant, il n'aura pas l'effet escompté par les psychiatres de secteur.

Ainsi, explique Patrice Pinell, le DES de 1982 instaure le primat des compétences scientifiques sur les compétences cliniques : on privilégiera dès lors les domaines de l'épidémiologie psychiatrique et des essais cliniques de médicaments dans la filière universitaire. Le versant médical de la psychiatrie augmentera donc aux dépens de la psychanalyse et des différentes psychothérapies. Avec la réforme de 1982, tous les services psychiatriques universitaires⁶⁸⁷ deviennent des lieux de stage possible ; leur nombre augmente et le dispositif de stages qualifiants s'étend à un certain nombre de Centres Hospitaliers Spécialisés⁶⁸⁸ sélectionnés.

Mais d'autres facteurs vont jouer dans le sens d'une dévalorisation des stages dans le secteur : la suppression des postes d'internes pour une partie importante des Centres Hospitaliers Spécialisés dans les années 1990⁶⁸⁹, conjuguée à l'augmentation du nombre de postes de praticiens en CHU produisent des effets paradoxaux. En effet, la valorisation des services de CHU contribue à reléguer la psychiatrie de secteur au rang de dernier choix, ce qui accentue les problèmes de recrutement des praticiens hospitaliers, particulièrement dans les CHS non habilités à recevoir des internes⁶⁹⁰.

B- Une parité pour les psychiatres de secteur

Nous venons de montrer comment les praticiens des CHS ont lutté pour que la psychiatrie soit reconnue comme spécialité médicale et autonome. A ce stade de notre développement, nous pouvons affirmer que la loi de 1838 instituant un lieu spécial, un statut spécial au malade a été vidée de son sens non par la loi de 1990 qui l'abroge mais

⁶⁸⁷ Patrice Pinell rappelle qu'à l'époque, il y a 3000 lits de psychiatrie en CHU, et 130000 dans les hôpitaux psychiatriques, Patrice Pinell, "Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)", *ibid*, p. 31.

⁶⁸⁸ C'est la nouvelle appellation des hôpitaux psychiatriques.

⁶⁸⁹ Il y a 400 postes d'internes en 1982 et moins de 200 à la fin des années 1990. Patrice Pinell, "Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)", *op. cit.*, p. 32.

⁶⁹⁰ La suppression des postes d'internes pour de nombreux CHS et l'augmentation du nombre de postes de CHU, conjuguées à la baisse de moitié des promotions annuelles d'internes en psychiatrie, vont conduire les pouvoirs publics à créer des postes de praticiens hospitaliers pour assurer le fonctionnement des secteurs. Patrice Pinell rappelle qu'à l'époque, il y a 3000 lits de psychiatrie en CHU, et 130000 dans les hôpitaux psychiatriques. Il distingue après une série d'entretiens avec des internes de 3^{ème} et 4^{ème} année d'internat, deux groupes distincts porteurs de conceptions de la psychiatrie différentes : ceux, dont le choix de la psychiatrie est directement lié à l'intérêt pour la psychanalyse, pour qui la pratique psychothérapeutique est une composante fondamentale et spécifique de l'exercice de la psychiatrie, et ceux développant une conception beaucoup plus médicale au sens d'une compétence relationnelle (modèle du "bon médecin de famille" pour Pinell), "Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)", *op. cit.*, pp. 32-33.

par une politique de secteur qui désécifie le lieu du soin psychiatrique et par une loi de 1968 modifiant le statut civil du malade mental. Cependant, jusqu'à la fin des années 1960 subsiste encore un statut exorbitant pour les médecins des hôpitaux psychiatriques, statut conçu par les praticiens comme un obstacle au développement du secteur. Nous verrons ici comment les deux derniers accrocs à un droit commun, le fonctionnariat et la fonction de médecin directeur, vont disparaître.

B-1- POUR L'UNIFICATION DU CADRE DES PSYCHIATRES DES SERVICES PUBLICS

Le corps des médecins des asiles d'aliénés a été institué en application de la loi de 1838. Ces médecins fonctionnaires départementaux deviennent des fonctionnaires d'Etat en raison de leur recrutement par un concours national institué au début du XXème siècle⁶⁹¹. Le fonctionnariat sera d'abord critiqué par les médecins du cadre en raison de la dégradation constante de leur rémunération par rapport au reste de la médecine. La dévalorisation de la médecine du cadre, en tant qu'elle constitue un obstacle certain au développement du secteur, jouera dans les années 1960 comme argument privilégié des psychiatres soucieux de développer un service public.

1. Valoriser la médecine du cadre

En 1947, on dénombre vingt et une places vacantes dans le cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques. Georges Daumézon dénonce déjà un cercle vicieux : "trop peu de psychiatrie - mauvaise psychiatrie - de moins en moins d'attraction pour le métier de médecin des hôpitaux psychiatriques"⁶⁹² mais indique que l'intérêt pour la psychiatrie ne baisse pas puisque les cours de Henri Ey sont comblés. En 1952, on comptera 179 médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques ; en 1966, il y en aura 565⁶⁹³.

Entre 1945 et 1968, la base des revendications des médecins des hôpitaux psychiatriques est la substitution de leur rattachement à l'hôpital à un "service public de psychiatrie". La fonction doit primer sur le lieu spécial de l'exercice. A cet argument lié au désaliénisme, s'ajoute des considérations en terme de rémunération puisque sur ce point, les médecins des hôpitaux psychiatriques sont moins payés que les médecins des hôpitaux généraux. Ainsi, dans l'après-guerre, de nombreuses demandes de détachement du cadre des hôpitaux psychiatriques sont formulées⁶⁹⁴. Henri Ey et Henri Gallot, dans leur "projet de réglementation de l'exercice de la psychiatrie, en secteur privé et en secteur public" de 1947, exigent conjointement la distinction entre un secteur polyclinique et un secteur central de cure, et l'unification du cadre des psychiatres des services publics⁶⁹⁵. Le combat des médecins des hôpitaux psychiatriques se fait alors sur deux fronts : la séparation d'avec la neurologie, comme nous l'avons vu,

⁶⁹¹ Chaque année, 10 à 15 médecins du cadre sont nommés dans les asiles.

⁶⁹² Georges Daumézon, "Crise de recrutement... crise de la psychiatrie", *L'information psychiatrique*, juin-juillet 1947, n°9, p. 239.

⁶⁹³ *L'information psychiatrique*, n°5, volume 44, 1968, p. 500.

⁶⁹⁴ René Bessère et L. Le Guillant, "La crise de la psychiatrie", *L'information psychiatrique*, novembre 1947, n°2, p. 43.

et le rapprochement des médecins des hôpitaux psychiatriques avec les autres psychiatres.

La volonté d'instaurer une organisation de secteur implique alors plusieurs modifications statutaires. Ainsi, en 1950, les médecins des Hôpitaux psychiatriques formulent le vœu que la réglementation de 1949 comportant l'obligation du brevet de spécialistes de neuropsychiatrie⁶⁹⁶ permette l'exercice de certaines fonctions à temps incomplet (polycliniques, dispensaires...) et pour les postes à temps complet, un concours n'opposant plus psychiatres des hôpitaux et médecins des hôpitaux psychiatriques.

Le mémorandum rédigé par le Conseil syndical de l'Information psychiatrique, organe de diffusion du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, attribue alors la pénurie des effectifs du cadre à la dévalorisation qui lui est associée. Le Syndicat souhaite donc engager une lutte pour un classement plus avantageux des fonctions de psychiatre du cadre⁶⁹⁷. Bonnafé lance en 1952 un appel à "rechercher à tout prix les bases d'un accord avec tous les praticiens dans la spécialité et hors d'elle pour une unification statutaire, du chirurgien des hôpitaux de Paris au médecin des hôpitaux psychiatriques débutant dans une lointaine province"⁶⁹⁸. Le futur Syndicat des Psychiatres Français de 1967 concrétisera en partie cet espoir.

La préoccupation première est de ne pas créer de hiérarchie à l'intérieur du cadre des psychiatres, qu'il s'agisse de la participation des psychiatres à une coordination locale ou nationale ou de l'accès à l'enseignement. L'unité de revendication se fait dans les années 1950 sur la nécessité d'une "psychiatrie sociale dont le champ débordera largement l'hôpital général comme l'hôpital psychiatrique [...] par la création d'un véritable cadre de psychiatres des services publics conservant la prise en charge d'un sujet dans les différentes étapes de sa maladie"⁶⁹⁹.

C'est parce que le statut de fonctionnaire, impliquant une pratique de temps plein, est spécifique au cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques, qu'il ne favorise pas la revalorisation de l'activité des médecins des hôpitaux psychiatriques. Nous allons voir que ce statut va constituer l'objet d'un véritable bras de fer entre le Ministère des finances et

⁶⁹⁵ Notons que le cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques représente à l'époque 80% des médecins spécialisés en psychiatrie (H. Ey et H. Gallot, "un projet de réglementation de l'exercice de la psychiatrie, en secteur privé et en secteur public", *L'information psychiatrique*, *op. cit.*, p. 215).

⁶⁹⁶ "Le problème de la santé mentale en France", mémorandum rédigé par le conseil syndical du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, *L'information psychiatrique*, février 1950, n°2, p. 61.

⁶⁹⁷ Le souhait de créer des postes de psychologues, d'assistantes sociales et de rééducateurs, dont le statut et la formation doivent être ceux "d'auxiliaires médicaux" participe de la même volonté de revalorisation du travail en hôpital psychiatrique, "Le problème de la santé mentale en France", mémorandum du conseil syndical, *L'information psychiatrique*, février 1950, n°2, p. 62.

⁶⁹⁸ Lucien Bonnafé, "Situation et perspective du médecin des hôpitaux psychiatriques", *L'information psychiatrique*, mai 1952, n°4, p. 137.

⁶⁹⁹ "Le problème de la santé mentale en France", *op. cit.*, p. 60.

les Syndicats de psychiatres durant l'année 1967.

2. Le fonctionnariat comme obstacle au secteur

Elliot Freidson relie l'exercice de la médecine d'hôpital à temps plein à son autonomisation par rapport à la "médecine de quartier", car le plein temps implique que "la pratique du médecin est entièrement circonscrite à l'hôpital, toute sa carrière est suspendue à ses rapports avec lui et avec le personnel"⁷⁰⁰. Pour la psychiatrie française des années 1960, le développement d'une médecine de secteur, conçue justement comme "médecine de quartier", contredit l'intégration au cadre des fonctionnaires des hôpitaux psychiatriques dans la mesure où cette dernière implique une pratique dite de temps plein à l'hôpital. Dès lors, les argumentaires des Syndicats de psychiatres vont se constituer à l'aune d'une collusion entre des considérations financières et une conception de la sectorisation.

Lucien Bonnafé associait déjà en 1952 les pratiques dites temps plein et l'exercice non commercial de la médecine⁷⁰¹ : il pointait le décalage entre le niveau économique des fonctionnaires et celui des praticiens libres. Cet écart était interprété comme le résultat d'une tendance à "enfermer les médecins des hôpitaux psychiatriques dans le gardiennage des aliénés"⁷⁰² débouchant sur une triple scission : entre la médecine hospitalière et la médecine extra-hospitalière, entre les médecins temps complet et les autres, et entre la psychiatrie et la médecine générale. Deux raisons sont avancées à l'appui du rejet du statut de fonctionnaire : une volonté d'indépendance par rapport à un Etat qui a pu confier aux médecins des hôpitaux psychiatriques une mission de gestion de l'exclusion, une rémunération largement inférieure à celle des autres médecins⁷⁰³.

Les premières traces de la remise en cause officielle du statut de fonctionnaire remontent aux années 1950. Ainsi, les décrets du 26 mars 1957 et du 31 juillet 1959 permettent aux caisses régionales de sécurité sociale et aux hôpitaux psychiatriques de passer des conventions en vue du versement par les organismes de sécurité sociale de sommes globales visant à attribuer des indemnités aux médecins des hôpitaux psychiatriques en tenant compte de l'importance de l'activité de leur service médical. La situation pécuniaire des psychiatres fonctionnaires fait l'objet de nouvelles critiques en 1960 malgré la nouvelle indemnité consentie par la sécurité sociale : il s'agit alors de faire valoir le manque de souplesse d'un statut risquant de détourner de jeunes psychiatres d'une carrière à l'hôpital psychiatrique alors que le statut de contractuel à plein temps dans les hôpitaux de première catégorie est possible. Ainsi, d'après le Secrétaire Général du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, "on ne voit pas pourquoi un tel statut, plus souple que le fonctionnariat, ne deviendrait pas celui des Médecins des

⁷⁰⁰ Elliot Freidson, *La profession médicale* (1970), Paris, Payot, 1984, p. 121.

⁷⁰¹ Lucien Bonnafé, "Situation et perspective du médecin des hôpitaux psychiatriques", *op. cit.*, n°4, p. 131.

⁷⁰² *Ibid*, p. 134.

⁷⁰³ *Ibid*, p. 131.

Hôpitaux Psychiatriques"⁷⁰⁴.

La situation va tourner à la crise en 1967 du fait de la dévalorisation économique croissante des médecins fonctionnaires. Ainsi, alors qu'au début du XXème siècle, le traitement des médecins des hôpitaux psychiatriques était équivalent à celui d'un médecin exerçant en libéral, en 1967, elle représente en moyenne le tiers ou le quart de la situation d'un praticien privé.

La même année, le Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques rédige un mémorandum qui commence ainsi :

"L'institution des Assurances, puis du régime de la sécurité sociale et le développement de la thérapeutique (biologie, ergo-thérapie, thérapies institutionnelles, psychothérapies individuelles ou de groupe...) modifièrent la physionomie fonctionnelle des hôpitaux. Les médecins des hôpitaux psychiatriques ont vu leur rôle s'étendre à l'activité extrahospitalière dans les dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de lutte contre l'alcoolisme" ⁷⁰⁵

Face à la désaffection de la carrière de médecins du cadre, le Syndicat appelle à une revalorisation du métier au motif de l'obsolescence de la loi de 1838 :

"La loi de 1838 a consommé la ségrégation des malades mentaux et la séparation des asiles et des hôpitaux généraux... Un fort courant national et international entraîne une remise en question de cette séparation et le rapprochement de la psychiatrie et de la médecine. Les médecins des hôpitaux psychiatriques veulent être traités comme les autres, tout comme ils entendent que leurs malades et leurs services soient considérés comme des malades et des services comme les autres". ⁷⁰⁶

Les rédacteurs de ce mémorandum se réjouissent du soutien du Ministre des affaires sociales, de l'Ordre des médecins, des organismes de sécurité sociale, des Associations de famille de malades, des autorités locales et des représentants du pays à l'Assemblée et au Sénat, dans la demande d'un nouveau statut qui devrait permettre de remédier à la crise de recrutement des médecins des hôpitaux psychiatriques, et d'augmenter les services publics de la psychiatrie conforme à "la politique ministérielle de secteur".

Pour obtenir le statut qu'ils demandent, les médecins des hôpitaux psychiatriques se montrent extrêmement déterminés. Face à un Ministère des Finances qui bloque un projet élaboré en commun avec "les services du Ministère de la Santé et le Ministre des affaires sociales" entre 1961 et 1963 sur la réforme des hôpitaux généraux et tendant à faire correspondre l'activité médicale des médecins des hôpitaux psychiatriques à celle des

⁷⁰⁴ Hubert Mignot, "Du retentissement de la réforme hospitalo-universitaire sur la psychiatrie française", *L'information psychiatrique*, février 1960, n°2, p. 321.

⁷⁰⁵ Mémorandum du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques signé le 1^{er} juillet 1967, *L'information psychiatrique*, n°7, novembre 1967, p. 1215.

⁷⁰⁶ "il y a actuellement 1200 neuro-psychiatres dans le secteur privé, et 600 psychiatres médecins des HP s'occupant pour les derniers de 300000 malades par an. C'est une carrière désaffectée par les jeunes psychiatres", *L'information psychiatrique*, n°7, novembre 1967, p. 1217.

médecins des hôpitaux de 2ème catégorie à temps plein⁷⁰⁷, les psychiatres du syndicat décident d'une grève administrative symbolique en mars 1967⁷⁰⁸. Ils refusent également de siéger au jury du concours du médical des hôpitaux psychiatriques au motif que les caisses régionales de sécurité sociale entravent le versement des indemnités aux médecins chefs des hôpitaux psychiatriques⁷⁰⁹. Le 20 décembre 1967, les Docteurs Jean Ayme et Henri Ey, respectivement Secrétaire général et président du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, sont reçus au 1967 au cabinet du Ministre pour l'étude des contre-propositions du Ministère des finances qui propose de diviser les hôpitaux psychiatriques en deux catégories (premier groupe et second groupe) comme les hôpitaux généraux. Suite à cette entrevue, les conseillers syndicaux présents lors de la session du conseil syndical extraordinaire du 8 janvier 1968 adoptent une motion à l'unanimité rédigée ainsi :

"Le Syndicat des Médecins des hôpitaux psychiatriques considère qu'il existe une impossibilité absolue de différencier les services de secteur départementaux en deux groupes analogues à ceux existants pour les Hôpitaux Généraux, en se fondant sur l'implantation géographique ou des critères de différence de qualité d'équipement, du fait que les médecins y exercent les mêmes fonctions avec les mêmes responsabilités définies par les textes du Ministère des Affaires sociales (loi du 30 juin 1838, circulaire du 15 mars 1960)».⁷¹⁰

Le syndicat accepte néanmoins le projet à plusieurs conditions : si le Ministre des Affaires sociales s'engage à respecter le principe de non séparation des services de secteur entre eux, et si entre autres, tout responsable de secteur a un poste de psychiatre des hôpitaux 1er groupe. Finalement, les médecins des hôpitaux psychiatriques obtiendront gain de cause avec la réforme du service public hospitalier du 31 juillet 1968 dont l'article 25 soumet les médecins des hôpitaux psychiatriques en fonction aux dispositions de l'article L 685 du Code de la Santé Publique⁷¹¹. Cette loi a pour effet d'aligner le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques sur ceux des hôpitaux généraux : ils peuvent désormais être intégrés dans le corps des médecins régis le décret du 24 août 1961 relatif au recrutement, à la nomination, et au statut des praticiens exerçant plein temps dans les hôpitaux publics. Le décret du 11 mars 1970 entérine l'intégration des psychiatres dans le statut commun des médecins hospitaliers : les services qui font du secteur sont classés

⁷⁰⁷ Le syndicat s'étonne car cela ne représenterait qu'une augmentation de 1% du prix de journée, *L'information psychiatrique*, n°7, novembre 1967, p. 1216.

⁷⁰⁸ Elle consiste essentiellement à ne plus signer les certificats d'entrée et de sortie sans empêcher les sorties et les entrées pour autant.

⁷⁰⁹ Le décret du 26 mars 1957 permettait de passer des conventions entre les caisses régionales de sécurité sociale et les hôpitaux psychiatriques en vue du versement par les organismes de sécurité sociale des sommes globales visant à attribuer des indemnités aux médecins chefs de ces établissements.

⁷¹⁰ Cf. le supplément au numéro 4 d'avril 68 de la Revue *L'Information psychiatrique*, compte rendu du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques.

⁷¹¹ Loi n°68-690 du 31 juillet 1968, TITRE V, dispositions diverses d'ordre social, Article 25, JO du 1^{er} août 1968, p. 7471.

en premier groupe de rémunération. L'intégration du médecin des hôpitaux psychiatriques dans un statut hospitalier commun va donc de paire avec une valorisation de l'activité de secteur. Cependant, en 1974, le Syndicat des Psychiatres des hôpitaux dénonce toujours la lente application de cette loi⁷¹².

B-2- DES MÉDECINS DIRECTEURS AUX MÉDECINS CHEFS

Le non cumul des fonctions de directeur de l'établissement et des fonctions médicales fut une exigence de la psychothérapie institutionnelle. En effet, la structure hiérarchique de l'établissement devait être remise en question parce que l'histoire asilaire avait fait de la psychiatrie un appareil au service de l'administration et des pouvoirs publics. Nous allons voir que l'abolition du statut de médecin directeur invite à réfléchir sur la transformation de son pouvoir au sein de l'institution psychiatrique.

1. Une exigence institutionnelle

En 1957, on compte 98 médecins chefs dans les établissements psychiatriques français de la métropole, dont 36 cumulent la fonction de médecin directeur⁷¹³. Les figures du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, membres de la Commission des Maladies Mentales⁷¹⁴ sont pour la plupart en 1957 des médecins chefs ou médecins qui ne cumulent pas la fonction de médecin directeur. Tous les plus actifs au Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques sont dans la même situation. Ainsi, Xavier Abély est médecin chef et Georges Daumézon médecin à Saint-Anne⁷¹⁵ ; Paul Sivadon est médecin à Ville-Evrard ; Hubert Mignot est médecin chef et non directeur à Maison Blanche où Sven Follin est médecin ; Louis Le Guillant est médecin à Villejuif. Jacques Postel est médecin en Hôpital Psychiatrique Privé dans les Alpes-Maritimes ; Henri Ey est médecin chef à Bonneval (et non directeur) dans l'Eure et Loire ; Jean Ayme est médecin à Clermont de l'Oise⁷¹⁶ ; Gentis est médecin chef à Saint-Alban, Bonnafé est médecin chef des Quatre-Mares en Seine Maritime ; Jean Lauzier est psychiatre départemental en Seine-et-Oise.

Seuls François Tosquelles⁷¹⁷, à Saint-Alban en Lozère, Philippe Koechlin dans un

⁷¹² *L'information psychiatrique*, n°6, juin 1974, pp. 613-615.

⁷¹³ "Répartition du personnel médical et administratif des hôpitaux psychiatriques", *L'information psychiatrique*, n°2, février 1957, pp. 95-102.

⁷¹⁴ Parmi eux, Abély, Dechaume, Pichot, Bonnafé, Bouquerel, Costedoat, Coulon, Daumézon, Duchesne, Fouquet, Godeau, Goulley, Jacquelin, Lauzier, Le Guillant, Minkowski, Mignot, Rouvillois, Trivas, Ueberschlag, *L'information Psychiatrique*, n°1, janvier 1957, p. 39.

⁷¹⁵ Le directeur administratif est Monsieur Graulle.

⁷¹⁶ Monsieur Godeau est directeur administratif.

⁷¹⁷ François Tosquelles est médecin directeur à Saint-Alban en 1955.

quartier d'hospice en Charente-Maritime et Henri Ueberschlag, à Lannemezan, dans les Hautes Pyrénées, sont médecins directeurs⁷¹⁸.

La psychothérapie institutionnelle exigeait une distinction entre les rôles, fonctions et statuts à l'hôpital. L'idée d'un comité hospitalier comme interface entre l'établissement et la vie quotidienne, avait pour vocation de différencier la fonction gestionnaire et administrative de l'établissement de la fonction soignante. C'est donc sans heurts qu'en mars 1974, tous les postes de médecins directeurs sont remplacés par des postes de directeurs administratifs. Les anciens médecins directeurs deviennent des médecin-chefs non de l'établissement mais de tout le secteur. Le médecin des hôpitaux psychiatriques est dès lors à partir de 1974, un médecin comme les autres. Une telle évolution impose de revenir sur le débat qui opposa Marcel Jaeger et Robert Castel quant au pouvoir du psychiatre dans l'institution asilaire.

2. Le pouvoir tutellaire des psychiatres en question

Nous devons rappeler ici que, selon Robert Castel, avec la loi de 1838, la reconnaissance d'un droit aux soins qui est "paradoxalement la contrepartie de l'absence de tout droit"⁷¹⁹ marque l'avènement d'un pouvoir tutellaire du psychiatre. Pour Marcel Jaeger⁷²⁰ en revanche, dans l'élaboration de la loi de 1838, le pouvoir politique n'a pu imposer une stratégie qui lui soit propre en raison de l'importance des courants philanthropiques et de la contribution importante du corps médical et surtout des psychiatres. Marcel Jaeger réfute donc l'interprétation castelienne d'une loi de 1838 inaugurant une "vaste politique d'assujettissement en direction des classes pauvres, malheureuses et dangereuses"⁷²¹. Pour Marcel Jaeger, Robert Castel s'attache plus à l'efficacité symbolique de la loi de 1838 qu'à la question des moyens⁷²² : la réalité s'éloigne d'une collaboration réglée entre l'administration et la médecine et la médicalisation du contrôle social est loin d'être acquise dans la mesure où il était laissé un rôle important aux familles pour le placement volontaire, le directeur d'établissement n'était pas toujours un médecin en cas d'urgence

⁷¹⁸ En 1957, on compte en France six Hôpitaux psychiatriques autonomes, 43 Hôpitaux psychiatriques départementaux, 21 HP privés, sept établissements de la Seine (Saint-Anne, Henri Rousselle, Ville Evrard, Maison Blanche, Moisselles, Perray Vacluse, Villejuif), dix quartiers d'hospice (La Timone à marseille, Morlaix, Lafond, Nantes Font d'Aurelle dans l'Hérault, Tours, Agen, Pontorson, Niort, Poitiers) ("Répartition du personnel médical et administratif des HP", *L'information psychiatrique, op. cit.*, pp. 95-102).

⁷¹⁹ Robert Castel, *L'ordre psychiatrique, op. cit.*, p. 228-231.

⁷²⁰ Marcel Jaeger, *Le désordre psychiatrique, des politiques de la santé mentale en France*, Payot, Collection "Médecine et Société", 1981, p. 55-56.

⁷²¹ Robert Castel, *L'ordre psychiatrique, op. cit.*, p. 211.

⁷²² Au moment de l'élaboration de la loi, la situation des équipements ne permettaient pas de prévoir un nombre suffisant d'établissements : seuls 38 départements possédaient des établissements spéciaux ; dans les autres, les aliénés étaient mis en prison ou réduits à l'état de vagabonds. L'article 1 de la loi de 1838 prévoira donc la création de nouveaux établissements, là où l'on ne traitera pas avec un établissement privé. Mais les problèmes financiers empêcheront la réalisation de tels objectifs.

et le préfet pouvant passer outre l'avis du corps médical pour ordonner la sortie immédiate d'un aliéné⁷²³. Jaeger conteste l'idée selon laquelle la loi de 1838 donnerait au médecin le rôle de "véritable décideur" tant au niveau des mécanismes d'internement qu'à celui de l'organisation interne de l'asile.

La reconnaissance officielle du pouvoir du psychiatre est consacrée par l'Ordonnance d'application du 18 décembre 1839 qui indique dans son article 8 que "le service médical, en tout ce qui concerne le régime physique et moral, le bon ordre et la police médicale et personnelle des aliénés, est placé sous l'autorité du médecin dans les limites du règlement intérieur mentionné à l'article précédent"⁷²⁴.

Là où la controverse nous intéresse plus particulièrement, c'est lorsque Jaeger avoue que la situation est quelque peu différente quand le médecin-chef est en même temps le directeur⁷²⁵, situation qui répond d'ailleurs à une demande formulée par les aliénistes les plus célèbres comme Pinel, Esquirol, Ferrus et Falret⁷²⁶. Dans les années 1960 en revanche, la séparation entre les fonctions de médecin-chef et de médecin-directeur est une exigence partagée par les médecins des hôpitaux psychiatriques pour des raisons liées aux principes de la psychothérapie institutionnelle.

Ainsi, la séparation entre les fonctions de directeur et de médecin-chef de secteur en 1974⁷²⁷ peut être comprise comme une brèche supplémentaire dans la triple spécification de la folie au XIX^{ème} siècle, spécification du régime pénal et civil du malade mental par l'article 64 et la loi de 1838, du statut du médecin des hôpitaux psychiatriques dans la fonction de médecin directeur par l'ordonnance de 1839, du lieu de soin par l'asile inauguré par la loi de 1838.

Une telle évolution contredit la réfutation par Marcel Jaeger d'une cohérence cachée de systèmes de contradictions à laquelle Michel Foucault fait référence dans son Histoire de la folie à l'âge classique. En effet, à la cohérence d'un régime spécial de traitement de la folie, succède bien dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle un régime despécifié tendant à faire du malade mental un malade comme les autres, du psychiatre un médecin comme les autres, et de l'hôpital psychiatrique un lieu de soins comme les autres.

Ainsi, la prise de conscience psychiatrique de la responsabilité de l'asile dans la chronicisation des malades mentaux, largement conditionnée par la guerre, mais également pressentie dans les quelques expériences plus anciennes d'ouverture des services produit l'idée de secteur. Cette dernière répond à la volonté désaliéniste, volonté résolument critique soucieuse de débusquer toutes les formes de complicité avec des

⁷²³ Le directeur de l'établissement pouvait même être révoqué à tout moment par le préfet, sous le régime de la loi de 1838.

⁷²⁴ L'ordonnance du 18 décembre 1839 donne des indications détaillées sur ces questions dans son article 8.

⁷²⁵ Ce cumul est autorisé par l'ordonnance de 1839, et à la discrétion du ministre de l'Intérieur

⁷²⁶ Cette mesure est largement appliquée dans 32 établissements sur 45 en 1863 et dans 33 sur 45 en 1874.

⁷²⁷ Circulaire DGS/78/MS 1 du 15 janvier 1974.

procédures d'exclusion des malades mentaux. Le désaliénisme "ne peut recouvrir un projet positif"⁷²⁸, ou plutôt, il en recouvre plusieurs, selon les formes qu'a pris dans l'histoire le maintien du patient psychiatrique hors d'une communauté, de droit comme de fait. A partir de là, le secteur est le principe d'une éthique, tout autant qu'un mode d'organisation des soins.

Amorcé dans les années 1950, réglementé à partir des années 1960, légalisé dans les années 1980, le secteur continue d'être la référence des psychiatres et en tant que tel, il constitue un principe de vigilance face aux dérives que son institutionnalisation comporte. Dès lors, les formes de néo-aliénisme, issues tantôt d'une confusion entre "l'institution" et "l'établissement", produites tantôt par le poids financier persistant de l'hôpital, continuent à être l'objet de la critique psychiatrique.

Une fois le statut du malade mental restauré, une fois son milieu redevenu commun, il restait à anéantir le dernier signe d'un droit exorbitant : le statut du médecin des hôpitaux psychiatriques. Les combats sont alors menés sur plusieurs fronts : celui de la reconnaissance de la psychiatrie comme spécialité autonome, dont la clinique se forge dans les hôpitaux psychiatriques, celui de la légalisation de l'égalité statutaire entre tous les psychiatres, où qu'ils exercent. Il reste à éprouver l'actualité de l'identité psychiatrique de secteur dans un dernier chapitre, en tant qu'elle se noue autour de valeurs et de tensions communes.

Chapitre III – L'actualité de la tension identitaire de la psychiatrie de secteur

Mary Douglas, dans *Comment pensent les institutions ?*⁷²⁹ ne se réfère pas directement à Durkheim mais à Ludwik Fleck⁷³⁰ pour questionner l'existence en pensée d'une institution. Ludwik Fleck, travaillant sur l'identification de la syphilis, a développé la notion de "style de pensée" comme condition d'existence de toute cognition déterminante dans ce qui doit être considéré comme une question sensée et non comme une réponse vraie ou fausse. Fleck distingue le collectif de pensée de la communauté de pensée, les membres de cette dernière n'étant pas soumis à la contrainte d'un "style de pensée". C'est Thomas Kuhn en 1937 qui attire l'attention sur la définition que Fleck donne de la capacité pour un groupe social de penser et de sentir sous le terme de "Denkkollektiv". Mary Douglas rapproche ce dernier du terme anglais "collective thought", du terme français "monde". Howard Becker rejoint, concernant la créativité artistique, l'analyse de Fleck dans son ouvrage *Art Worlds* de 1981. L'affirmation de Mary Douglas selon laquelle "la vérité est faite d'illusions"⁷³¹

⁷²⁸ Frank Chaumon, Postface de l'ouvrage de Lucien Bonnafé, *Psychanalyse de la connaissance*, op. cit., p. 175.

⁷²⁹ Mary Douglas, *Comment pensent les institutions ?*, op. cit., pp. 35-40.

⁷³⁰ Ludwik Fleck, Docteur en médecine et en bactériologiste, *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftliche Tatsache*, 1935, traduction anglaise : *The Genesis and Development of a scientific Fact*, University of Chicago Press, 1979.

signifie que le sens commun reflète et construit la pratique. Nous allons tenter de caractériser le sens commun qui marque la psychiatrie de secteur en tenant compte de ces deux aspects.

Dans *Outsiders*, Howard Becker découvre un point essentiel : un groupe professionnel apparemment unifié sous un même nom abrite des réalités professionnelles opposées voire conflictuelles. Dans une perspective proche de celle de Becker, Anselme Strauss ne prend pas comme point de départ l'unité communautaire pour interroger le monde des psychiatres mais une profession conçue comme "un conglomérat de segments en compétition et en restructuration continue"⁷³². Chaque segment offre "sa propre définition de ce qui fait le centre de la vie professionnelle, définitions fortement structurantes des identités professionnelles"⁷³³. L'objet de notre chapitre est de saisir l'identité d'un segment professionnel identifié sous le nom de psychiatrie de secteur. Pour effectuer une telle analyse, le travail d'Albert Ogien sur le monde psychiatrique nous paraît exemplaire. En effet, dans son ouvrage *Le raisonnement psychiatrique*, Albert Ogien critique la définition castelienne du rapport de tutelle entre le patient et le professionnel psychiatrique ; il envisage d'analyser la pratique psychiatrique comme intervention sur autrui en ayant recours à des "critères d'interprétation internes au déroulement des activités pratiques qui forment cette intervention"⁷³⁴. Selon une telle optique, il interroge l'usage de catégories de jugement pratique permettant aux psychiatres d'objectiver la situation de soin, afin de saisir ce qui permet l'affiliation à un monde, à "un sens commun local", défini comme "ces concepts qui pré-définissent la nature de chacun de ces domaines (d'intervention sur autrui) et dont l'emploi spontané autorise les acteurs, au moment où ils doivent en faire usage, à prendre un milieu institutionnalisé pour allant de soi ou à régler leurs échanges avec autrui sur la base d'un savoir tacite, produit de l'accumulation de l'expérience pratique de ce milieu"⁷³⁵. Font partie intégrante du sens commun local d'après Albert Ogien les attributs qualifiant la compétence des intervenants, la hiérarchie des fonctions professionnelles et les règles implicites de l'institution. Ce qui nous paraît crucial, c'est de saisir les liens entre chacune de ces catégories. Pour la psychiatrie française, il apparaît que l'empreinte de l'analyse institutionnelle et la persistance de paradoxes sont toujours déterminantes dans l'articulation de ces catégories. Nous présenterons donc les contours du "sentiment d'une compréhension mutuelle entre les acteurs" d'une même institution ou domaine d'activités, procédant de la maîtrise implicite ou explicite "au sujet de cette institution ou de ce domaine d'activités"⁷³⁶.

⁷³¹ Mary Douglas, *op. cit.*, p. 40.

⁷³² R. Bucher, A. Strauss (1961), "Profession in process", traduction in Strauss A., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, p. 67.

⁷³³ Claude Dubar, Pierre Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, Armand-Colin, Collection U, 1998, p. 106.

⁷³⁴ Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique*, *op. cit.*, p. 32.

⁷³⁵ Albert Ogien, *op. cit.*, p. 33.

⁷³⁶ *Ibid*, p. 37.

L'évocation et l'invocation de la "psychiatrie de secteur" dans de nombreux discours émanant de psychiatres soucieux de la défendre pourrait nous faire douter de son existence actuelle. Il faudra donc d'éprouver la dimension socio-historique d'un sens commun local actuel propre à la psychiatrie de secteur comme segment professionnel⁷³⁷. Les propos et pratiques des psychiatres de secteur que nous avons rencontrés tendent à produire une définition de la psychiatrie de secteur comme marque distinctive d'autres agents et groupes. Au premier chef est associée à la "psychiatrie de secteur" une clinique du sujet largement héritée de l'analyse institutionnelle. Toutefois, l'appartenance revendiquée à la médecine perpétue la tension historiquement construite depuis l'après-guerre entre la médecine et les sciences humaines, toutes les fois que les psychiatres de secteur se sentent menacés par une extension de leur compétence sociale. Une continuité est à l'œuvre de l'après guerre aux années 1980 : les arguments sont constants, dans une lecture plus ou moins idéalisée des actes d'auteurs jugés fondateurs. Pierre Bourdieu précise que "les objets du monde social peuvent être perçus et énoncés de différentes façons parce que, comme les objets naturels, ils comportent toujours une part d'indétermination et de flou"⁷³⁸. Cette part du jeu, qui fournit une pluralité de point de vue, est constante mais ne doit pas nous faire perdre de vue l'unité réelle des représentations et des pratiques, issue d'une distinction, au sens ordinaire du terme, conçue comme "la différence inscrite dans la structure même de l'espace social lorsqu'elle est perçue selon des catégories accordées à cette structure"⁷³⁹. Nous verrons

⁷³⁷ Nous recourons ici à l'analyse de Pierre Bourdieu pour éprouver le caractère actuel de l'identité de la psychiatrie de secteur telle que nous l'avons reconstruite à travers les combats syndicaux. Pierre Bourdieu dans un article de 1984 intitulé "Espace social et genèse des 'classes'", précise ce qu'il appelle une 'classe sur le papier', que l'on peut découper sur la base de la connaissance de l'espace des positions, et définie comme "un ensemble d'agents occupant des positions semblables qui, placés dans des conditions semblables et soumis à des conditionnements semblables, ont toutes les chances d'avoir des dispositions et des intérêts semblables, donc de produire des pratiques et des prises de position semblables". La classe sur le papier n'est pas une classe réelle, actuelle au sens de groupe et de groupe mobilisé pour la lutte. Pierre Bourdieu préfère alors parler de classe probable, en tant "qu'ensemble d'agents qui opposera moins d'obstacles objectifs aux entreprises de mobilisation que n'importe quel autre ensemble d'agents". Une telle distinction constitue une rupture avec la tradition marxiste car elle évite de faire disparaître la question même du politique. Le politique représente ici l'action propre des agents qui, au nom d'une définition théorique de la classe assignent à ces membres les fins officiellement les plus conformes à leurs intérêts "objectifs", c'est-à-dire théoriques; il représente aussi le travail par lequel ils parviennent à produire la croyance en l'existence de la classe, qui fonde l'autorité de ses porte-parole. D'autre part, la question des rapports entre les classements à prétention objective que produit le savant et les classements que les agents eux-mêmes ne cessent de produire dans l'existence ordinaire, par lesquels ils tentent de modifier leur position dans les classements objectifs. Selon Pierre Bourdieu, une sorte de duplicité structurale affecte les discours politiques qui, en apparence directement destinés aux mandants, sont en réalité dirigés vers les concurrents dans le champ. La tradition marxiste "ou bien identifie, sans autre forme de procès, la classe construite et la classe réelle (la transformation du prolétariat de classe-en-soi en classe-pour-soi étant présenté comme un effet inévitable du temps)... ou bien elle décrit le passage de l'une à l'autre (la transition est alors présentée comme l'effet de la "prise de conscience", conçue comme "prise de connaissance" de la théorie opérée sous la direction éclairée du parti)" ("Espace social et genèse des 'classes'" a été publié dans les *Actes de la recherche en sciences sociales*, 52-53, juin 1984, p. 3-12. Il est reproduit dans *Langage et pouvoir symbolique*, Seuil, 2001, pp. 293-32).

⁷³⁸ Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, op. cit., p. 302.

⁷³⁹ Pierre Bourdieu, *ibid*, p. 305.

que les catégories de perception du monde social des psychiatres de secteur sont bien le produit de l'incorporation des structures objectives de l'espace social⁷⁴⁰. Dans un premier temps, nous nous attacherons à expliciter l'exigence institutionnelle qui persiste à marquer l'identité de la psychiatrie de secteur ; dans un second temps, il s'agira d'éprouver la récurrence de paradoxes et tiraillements propres à cette identité.

I. L'exigence institutionnelle

Dans cette partie, notre objectif est triple : expliciter le principe du traitement institutionnel, éprouver sa présence dans la définition que les psychiatres de secteur donnent d'eux-mêmes, examiner le caractère opératoire de cette définition dans une équipe soignante. Ces trois moments correspondent à trois niveaux de l'analyse : théorique, identitaire, pratique. Nous verrons que la posture institutionnelle, essentiellement centrée sur la prise en compte du milieu soignant et social du malade joue comme critère de distinction de la psychiatrie par rapport à la médecine, et rapproche des professionnels différents en terme de statut ou de catégorie socio-professionnelle. Des mécanismes d'exclusion de professionnels de l'équipe ne partageant pas certaines de ces valeurs témoigneront en dernière analyse de la pertinence des caractéristiques distinctives d'une telle identité de secteur.

A- Une identité centrée sur l'institutionnel

Parmi les caractéristiques de l'identité actuelle de la psychiatrie de secteur, l'exigence institutionnelle structure la conception des soins. Faisant sienne la définition anthropologique de l'institution, la psychiatrie pense sa mission thérapeutique de manière particulière et notamment par contraste avec une médecine somatique classique. L'identité de la psychiatrie de secteur est alors conçue par ses praticiens comme une médecine appliquée à un objet particulier, selon un temps spécifique. C'est la pensée de cette particularité que nous allons tenter de restituer ici.

A-1- L'ANALOGIE ANTHROPOLOGIQUE

Le mystère du ministère, "cas de magie sociale" dont parle Pierre Bourdieu, conduit à ce qu'une chose ou une personne "devient autre chose que ce qu'elle est, un homme pouvant s'identifier et être identifié à un ensemble d'hommes, le Peuple, les Travailleurs, etc... ou à une entité sociale, la Nation, l'Etat, l'Eglise, le Parti"⁷⁴¹. Une sorte d'analogie

⁷⁴⁰ Pour Pierre Bourdieu, le *Stand* weberien est la classe construite par un découpage adéquat de l'espace social lorsqu'elle est perçue selon des catégories dérivées de la structure de cet espace. Le capital symbolique n'est pas alors autre chose que le capital lorsqu'il est perçu par un agent doté de catégories de perception issues de l'incorporation de la structure de sa distribution, c'est-à-dire lorsqu'il est connu et reconnu comme allant de soi. Rappeler que la perception du monde social implique un acte de construction n'implique nullement que l'on accepte une théorie intellectualiste de la connaissance : l'essentiel de l'expérience du monde social et du travail de construction qu'elle implique s'opère dans la pratique, en deçà du niveau de la représentation explicite et de l'expression verbale (Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, op. cit., pp. 305-306).

⁷⁴¹ Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, *ibid.*, p. 320.

s'impose entre ce processus et celui qui est souhaité par les porte-parole des psychiatres de secteur puisque la psychothérapie institutionnelle et la psychanalyse ont justement vocation à faire du psychiatre et plus largement de l'équipe soignante du secteur un tiers symbolique qui permettra au psychotique de ne plus se sentir comme étranger à la communauté, à retrouver un univers de significations.

1. Le mystère du ministère

Philippe Rappard précise aux XIXèmes Journées Scientifiques Nationales "Responsable mais pas coupable" que :

"Là où la psychanalyse fonctionne comme théorie de la psychiatrie, elle peut fonctionner comme théorie du Droit. ... J'en profite pour rappeler la connotation juridique du mot institutionnel dans "les psychothérapies institutionnelles" par opposition au contractuel" ⁷⁴² .

Cette phrase signifie que l'aménagement du phénomène du transfert comme médiateur de la cure de la théorie freudienne, peut s'appliquer aux malades atteints de pathologies psychiatriques. Le thérapeute, l'établissement ou le secteur, représentent un "Dieu laïc"⁷⁴³. Au sens de Philippe Rappard⁷⁴⁴, la psychothérapie institutionnelle a pu ainsi fonctionner comme critique de l'idéologie médicale par la mise en avant d'une spécificité de la psychiatrie par rapport au reste de la médecine, et comme critique de l'Etat par la remise en cause des établissements asilaires, du statut du soignant et du malade mental. Au lendemain de la guerre, nous l'avons vu avec les écrits de Louis le Guillant, la prise de conscience du caractère pathologique de l'institution asilaire ne conduit pas au rejet de l'institution mais à la reconnaissance de l'identification du patient à elle. Ainsi, il devient évident pour les psychiatres de service public qui vont militer au sein de leur syndicat qu'il faut "guérir l'institution pour guérir le malade qui s'identifie à elle"⁷⁴⁵.

Claude Lévi-Strauss, dans son *Anthropologie structurale* (I) place la cure chamanique "à moitié chemin entre notre médecine organique et des thérapeutiques psychologiques comme la psychanalyse" parce qu'elle institue une "relation de symbole à chose symbolisée, ou pour utiliser le vocabulaire des linguistes, de signifiant à signifié" ⁷⁴⁶. L'anthropologue se réfère alors à un cas de schizophrénie relaté dans le numéro d'une *Revue de psychologie* de 1947⁷⁴⁷, traité dans une perspective psychanalytique :

⁷⁴² Philippe Rappard, *Présentation et commentaire des 19èmes journées Scientifiques Nationales de l'Association Française de Psychiatrie, "Responsable mais pas coupable"*, Paris, 19 et 20 janvier 2001.

⁷⁴³ Philippe Rappard, *La folie et l'Etat*, Privat, Domaines de la psychiatrie, 1981, p. 237.

⁷⁴⁴ Philippe Rappard, *ibid*, p. 242.

⁷⁴⁵ p. 93.

⁷⁴⁶ Claude Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale*, Plon, Agora, 1974, p. 227. L'article dont est tiré l'extrait, intitulé "L'efficacité symbolique", a été publié sous le même titre dans la *Revue de l'histoire des religions*, tome 135, n°1, 1949, pp. 5-27.

⁷⁴⁷ L'auteur de l'article est Madame Sechehaye.

"Elle (le praticien) s'est aperçue que le discours, aussi symbolique qu'il puisse être, se heurtait encore à la barrière du conscient, et qu'elle ne pouvait atteindre les complexes trop profondément enfouis que par des actes... dont la charge symbolique rend ces actes propres à constituer un langage"⁷⁴⁸.

Lévi-Strauss oppose la cure chamanique à la médecine occidentale, car la relation entre microbe, sécrétions ou virus et maladie, est une relation de cause à effet, et non de signifiant à signifié. La proximité entre la psychanalyse et la cure chamanique réside en ce qu'elles visent à rendre pensable une situation donnée d'abord en termes affectifs, puis acceptables pour l'esprit, des douleurs que le corps se refuse à tolérer.

2. Un mystère thérapeutique

Dans *L'Etat et la psychose*⁷⁴⁹, Philippe Rappard explicite l'intérêt du recours à l'institutionnel pour le soin du psychotique : puisque, "sans référence à l'Etat, aucune communauté ne peut exister"⁷⁵⁰, le sujet psychotique est confronté à l'institutionnel au sens où "il se reconstruit selon les modalités sociales et interpersonnelles communes en référence aux instances collectives"⁷⁵¹. L'Etat est "le lieu à partir duquel la personnalité se structure. L'Etat et l'institutionnel précèdent le contractuel"⁷⁵².

Le psychotique confond le symbolique et le réel. Or la représentation de l'Etat n'a pas pour rôle de substituer l'Etat à la société : le représentant et le représenté n'ont pas à être identiques. Avec l'institution, situé dans le monde de la représentation, l'Etat fonctionne comme instance tierce symbolique, comme signifiant, seulement quand le droit est étatisé. Puisque la dépersonnalisation progressive du chef institutionnel permet le passage du monde a-conflictuel et a-transférentiel de l'Etat au monde conflictuel et transférentiel de la société dite civile et du droit⁷⁵³, "l'évolution des malades mentaux dépend en grande partie du lien symbolique organisé par l'organisation de soins, formelle ou informelle"⁷⁵⁴.

Pierre Bourdieu nous éclaire sur le phénomène décrit par Philippe Rappard en ces

⁷⁴⁸ Claude Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale*, op. cit., p. 229.

⁷⁴⁹ Philippe Rappard, *L'Etat et la psychose*, L'Harmattan, Psychanalyse et civilisations, 2000.

⁷⁵⁰ Philippe Rappard, *L'Etat et la psychose*, op. cit., p. 137.

⁷⁵¹ Philippe Rappard, *Ibid*, p. 139.

⁷⁵² *Ibid*, p. 147.

⁷⁵³ Philippe Rappard rappelle que pour Freud même, le transfert est un phénomène général humain décidant du succès dans tout traitement où agit l'ascendant médical. Ce n'est donc pas la situation analytique qui détermine le transfert mais à partir de lui que s'effectue l'analyse. Dans la relation non classique, non duelle (médecin-malade) Tosquelles avait établi que le psychotique s'identifie au groupe et ne projette plus dans le groupe. Les névrosés peuvent élaborer le transfert en psychothérapie individuelle ; les psychotiques ne peuvent le faire qu'à partir d'une identification primaire sur une équipe qui le supporte (deux sens). Philippe Rappard explique la chronicité asilaire par l'absence du maintien d'une situation de dépendance transférentielle par l'équipe, situation venant compléter l'identification primaire avec l'institution (*ibid*, pp. 149-157. 157.

termes :

"Le ministre est dans un rapport de métonymie avec le groupe ; partie du groupe, il fonctionne comme signe à la place de la totalité du groupe. C'est lui qui, en tant que substitut tout à fait réel d'un être tout à fait symbolique, encourage une "erreur de catégorie", comme dirait G. Ryle, assez semblable à celle de l'enfant qui, après avoir vu défiler les soldats composant le régiment, demande où est le régiment"⁷⁵⁵.

Le mystère dont parle Claude Lévi-Strauss ou Pierre Bourdieu est bien celui que les psychiatres ont voulu instituer dans un but thérapeutique : la psychiatrie publique de secteur s'est donc vécue comme politique au sens de Bourdieu puisqu'elle a voulu faire de son action symbolique, un instrument de soin⁷⁵⁶. Dès que sont mises en place des procédures de type démocratique et que le médecin joue son rôle de "sujet supposé savoir", le transfert institutionnel opère ; mais non liquidé, le transfert institutionnel favorise les organisations paraphréniques⁷⁵⁷.

Jean Ayme, Secrétaire général puis Président du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques de 1961 à 1988 (devenu Syndicat des psychiatres des hôpitaux en 1972), rejoint Philippe Rappard lorsqu'il définit le terme institution. Il explique que, contrairement à l'usage anglo-saxon pour qui l'institution est l'hôpital, d'où découle la "désinstitutionnalisation", pour désigner la prise en charge des malades hors de l'hôpital, institution désigne en français, d'abord l'action d'instituer, puis "tout ce qui est inventé par les hommes en opposition aux faits de nature"⁷⁵⁸. Le mot institution n'a donc en psychiatrie aucune connotation péjorative.

A-2- CLINIQUE DU SUJET ET ANALYSE INSTITUTIONNELLE

"Utiliser l'institution pour soigner", telle fut souvent la réponse des psychiatres de secteur auxquels nous avons demandé de définir leur mission propre. Au fondement de cette proposition de soins, les praticiens avancent que la psychiatrie n'a pas le même objet que le reste de la médecine, ni le même rapport au temps. Ces premiers traits d'une posture institutionnelle actuelle seront l'objet de notre développement.

1. Un objet différent de la médecine

⁷⁵⁴ Philippe Rappard, *L'Etat et la psychose*, op. cit., p. 158.

⁷⁵⁵ **Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, op. cit., p. 320.**

⁷⁵⁶ "La politique est le lieu par excellence de l'efficacité symbolique, action qui s'exerce par des signes capables de produire des choses sociales, et notamment des groupes". Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, op. cit., p. 321.

⁷⁵⁷ Philippe Rappard, *L'Etat et la psychose*, op. cit., op. cit., p. 167. La paraphrénie est une psychose chronique caractérisée par un délire d'une grande richesse imaginative où dominent les thèmes fantastiques, mais n'altérant pas l'adaptation du sujet à la vie quotidienne.

⁷⁵⁸ Jean Ayme, *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*, op. cit., pp. 399-412

Elliot Freidson relevait en 1984 que les médecins exprimaient spécifiquement un sentiment subjectif d'incertitude et de vulnérabilité indépendant de son bien-fondé : son travail d'application, centré sur des cas individuels donc quelque peu variables, le conduit à valoriser sa responsabilité personnelle au détriment d'une responsabilité générale ou collective, à "valoriser la primauté de l'expérience clinique directe sur les lois scientifiques ou les règles générales"⁷⁵⁹. Pour Elliot Freidson, le clinicien ne voit pas son travail comme le théoricien ou le chercheur car :

- son but n'est pas le savoir mais l'action,
- il croit en la valeur de ce qu'il fait (donne l'exemple du psychiatre malgré les études sur l'incertitude du diagnostic),
- c'est un pragmatiste enclin au bricolage,
- porté à croire qu'il peut se fier à l'accumulation de son expérience directe et personnelle, de préférence aux principes abstraits ou au savoir livresque (pas d'automatisme de la pratique)⁷⁶⁰.

Ces caractéristiques dégagées par Freidson marquent les représentations des psychiatres avec lesquels nous nous sommes entretenus. Mais s'y ajoute un trait spécifique : le rappel systématique d'une différence avec le reste de la médecine, qui trouve ses fondements dans la prise en compte globale du patient comme sujet d'une histoire singulière. "Prendre le patient dans sa globalité, pas comme un chirurgien" d'après un chef d'un service, c'est prendre la personne dans son ensemble ("ça inclut la famille par exemple")⁷⁶¹ :

"Notre identité, c'est qu'il n'y a pas d'identique entre les patients. La psychiatrie n'est pas un protocole ; elle s'invente avec le patient dans ce qui se passe entre le psychiatre et son patient".⁷⁶²

Puisque "la différence, ce sont les maladies dont on s'occupe"⁷⁶³, que "les patients psychotiques ne sont pas comme les patients de la médecine"⁷⁶⁴, on ne doit pas agir comme en médecine.

L'esprit clinique mis en avant ici joue comme double argument. Il s'agit de prendre en compte chaque patient dans sa singularité, ce qui rapproche le psychiatre d'autres praticiens médicaux, mais la singularité est entendue comme biographique et sociale. La prise en charge globale du patient, implique d'intégrer l'étude des facteurs de la pathologie à la stratégie thérapeutique.

⁷⁵⁹ Elliot Freidson, *La profession médicale* (1970), Paris, Payot, 1984, pp. 172-173.

⁷⁶⁰ Elliot Freidson, *La profession médicale, op. cit.*, pp. 176.

⁷⁶¹ Entretien avec le Docteur Acacia.

⁷⁶² ***Entretien avec le Docteur Achillée.***

⁷⁶³ Entretien avec le Docteur Laurier.

⁷⁶⁴ Entretien avec le Docteur Armoise.

L'aspect non systématique du traitement choisi en découle naturellement. Et pour une même famille de pathologies, des solutions variées seront proposées, intégrant un effort visant à agir sur certaines circonstances pouvant aggraver la pathologie :

"Il faut que rien ne soit automatique. Même si on est certain d'une famille pathologique par exemple, on se pose la question de l'isolement. Il n'y a pas de loi. Ca dépend du cas".⁷⁶⁵

Un psychiatre chef de service invitait les praticiens d'autres disciplines médicales à "ne pas faire comme nous". Suggérant que le médecin, contrairement au psychiatre, n'a pas à agir sur la cause des maux à soigner, il se permettait la métaphore suivante : "un gastro-entérologue n'est pas alcoologue".⁷⁶⁶ Une telle affirmation semble en parfait accord avec la définition que Jean Ayme donnait en 1983 de la psychothérapie institutionnelle comme tentative de mettre fin "à une psychiatrie anhistorique" par la réintroduction du malade dans l'histoire de son temps, en articulation avec l'histoire des institutions et son histoire personnelle et familiale"⁷⁶⁷.

La clinique telle qu'elle est désignée ici est proche de la définition pinélienne du second moment clinique⁷⁶⁸, tel que Michel Foucault l'a décrit. Ce second moment est placé sous le signe du langage et du temps ; il consiste à interroger le malade ou son entourage sur son habitus, sa profession, sa vie passée⁷⁶⁹. Cet aspect de la clinique psychiatrique signale de surcroît son objectivité relative, par rapport à la médecine dite somatique. Les praticiens avancent ainsi que le seul instrument diagnostique est la clinique :

"Ce qui est différent (par rapport à la médecine), c'est qu'on est sur un domaine sensible. On n'est pas dans l'objectivité à 100% encore plus en psychiatrie. On n'a pas un scanner. Ca fait l'intérêt du travail mais également ses limites. On n'est pas une science exacte même si la biologie a progressé. On n'a pas d'instrument technique. Notre seul instrument, c'est la clinique. On n'est pas seulement médecin : par la qualité d'écoute, la personne nous confie des choses très privées : ça nous met dans une position très différente du médecin car lui ne traite pas ça».⁷⁷⁰

L'individualisation de la thérapeutique en fonction d'une histoire passée et présente du patient conduit le psychiatre à se définir comme thérapeute d'un sujet dans un environnement et non d'un corps comme objet. Cette dimension n'est pas absente de la médecine somatique mais elle n'apparaît pas comme déterminante d'après les praticiens :

"C'est la grosse différence avec la médecine même si la médecine doit en tenir

⁷⁶⁵ Entretien avec le Docteur Ajonc.

⁷⁶⁶ Ibid.

⁷⁶⁷ Jean Ayme, *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*, op. cit, pp. 399-412.

⁷⁶⁸ Philippe Pinel, *Médecine clinique*, Paris, Editions J. A. Brosson, Paris, 1815, p. 57.

⁷⁶⁹ Michel Foucault, *Naissance de la clinique* (1963), Paris, PUF, Quadrige, 1990, p. 112.

⁷⁷⁰ Entretien avec le Docteur Lavande.

compte. Guérir quelqu'un d'une dépression ne sert à rien si on ne rentre pas dans son habitus. Par rapport aux autres branches de la médecine, le sujet est incontournable".⁷⁷¹

Le secteur est alors convoqué comme la conséquence de la prise en compte globale de la personne malade. Une psychiatre à l'expérience ancienne résumait alors le secteur au fait de "trouver des liens", signifiant par-là que la continuité de la prise en charge devait se traduire institutionnellement par l'organisation en secteurs, avec des centres médico-psychologiques conçus comme un moyen de rapprochement de l'offre de soins aux lieux d'habitation.

2. Un temps différent de la médecine

Les positions des psychiatres et des infirmiers convergent dans le sens de l'affirmation d'une spécificité temporelle du soin psychique. Cette idée a pour support que le travail sur le lien, contrairement aux actes purement techniques, ne peut s'inscrire que dans une prise en charge relativement étalée dans le temps.

Par rapport à la médecine, la psychiatrie consiste à différer l'action. Un psychiatre nous expliquait ainsi que l'articulation des trois moments du soin psychiatrique se démarquait de la démarche médicale classique :

"La démarche médicale classique c'est 1) le diagnostic de l'examen clinique (recherche de symptômes, regroupement en syndrome, regroupement dans une maladie), 2) une thérapeutique, 3) un pronostic. On diffère, les psychiatres, dans l'articulation de ces trois moments. C'est un rapport au temps différent».⁷⁷²

La position des infirmiers de secteur psychiatrique est identique : l'aspect relationnel est indissocié de la prise en charge au long cours. Une fois de plus, cet argument préside à la différenciation entre les soins généraux et la psychiatrie :

"La spécificité, c'est la prise en charge pendant de nombreuses années et ça, c'est grâce au secteur. Ce qui est aussi spécifique, c'est le référent. En psychiatrie, tel ou tel infirmier va être attachée à un patient".⁷⁷³

Le soin quotidien pour un infirmier peut être de "passer du temps" avec le patient. Par rapport aux gestes techniques d'administration du traitement médicamenteux, le travail sur l'ambiance résisterait à toute forme d'objectivation temporelle. L'acte soignant est donc irréductible à l'acte technique :

"Passer du temps à prendre un thé avec un patient peut être plus bénéfique que de lui donner un traitement. C'est la notion de temps qui est spécifique. C'est plus difficile dans la contrainte et c'est différent pour un patient somatique (plus manuel)".⁷⁷⁴

⁷⁷¹ Entretien avec le Docteur Safran.

⁷⁷² Entretien avec le Docteur Ajonc.

⁷⁷³ Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier.

⁷⁷⁴ Entretien avec Monsieur Liseron, infirmier.

B- La posture institutionnelle comme facteur d'intégration à l'équipe

Pour éprouver l'actualité d'une identité psychiatrique de secteur dont nous avons énoncé les traits, il est nécessaire d'étudier la façon dont la cohésion de l'équipe soignante se forme ou se désagrège. Dans un premier temps, nous montrerons quelles sont les idées sur la base desquelles les membres de l'équipe soignante parviennent à un langage commun, qu'ils soient psychiatres, psychologues ou infirmiers. Dans un second temps, notre attention se portera sur les signes des discordes au sein d'une même équipe soignante. Nous pourrions donc déduire de ces deux moments de notre raisonnement quels sont les traits d'un sens commun local qui joue comme facteur d'intégration à l'équipe soignante.

B-1- ECLECTISME DES MÉTHODES ET RÉFÉRENCE PSYCHANALYTIQUE

La plupart des psychiatres de secteur formés dans les années 1970 ont été en analyse. Il n'est donc pas étonnant que leur cadre de compréhension soit la psychanalyse. Ce qui frappe en revanche, c'est que des psychiatres plus jeunes continue de recourir à la psychanalyse comme méta-théorie du soin psychique. Il ne faudrait pas pour autant en déduire une exclusivité théorique des psychiatres de secteur. Ainsi, ils revendiquent un éclectisme des méthodes conçu comme le moyen le plus sûr de multiplier les regards sur le trouble mental.

1. La psychanalyse comme cadre de compréhension, l'équipe comme cadre réflexif

Il apparaît que l'accord sur la valorisation thérapeutique de l'institutionnel est largement partagé par les praticiens du secteur, même si d'un psychiatre à l'autre, la psychanalyse est plus ou moins présente explicitement dans la définition qu'ils donnent d'eux même. Si l'on ne fait pas de psychanalyse à l'hôpital, ni aux Centres Médico-Psychologiques ou au centre de post-cure, la psychanalyse reste un outil de compréhension du rapport entre le patient et l'institution psychiatrique, tout comme un moyen d'analyser le rôle du psychiatre dans l'institution. Ainsi, une psychiatre indiquait clairement le processus d'identification entre le patient et le psychiatre :

"La psychanalyse, c'est mon outil de travail. Quand on s'occupe de psychotiques, on fonctionne par identification. On a ainsi tendance à se replier et à faire à leur place. Alors ici, on essaie de leur tracer la voie en sortant nous-mêmes. Ils ont une force d'inertie mais ce qui nous apparaît être du repli, c'est de l'opposition à. Ils ont des stratégies psychotiques pour mettre en échec. Ils ont des clivages : ils sont comme cela avec l'un et différent avec l'autre, d'où le conflit avec le personnel. Le sujet de notre travail est compliqué ; il est nécessaire de beaucoup parler et de mettre à plat. On a des institutions psychotiques (repli et clivage)". ⁷⁷⁵

La psychanalyse reste un cadre de référence pour réfléchir sur le juridique et le social; ceci s'explique en partie par le fait que la plupart des psychiatres formés dans les années

⁷⁷⁵ Entretien avec le Docteur Faim Donabédian.

1970 étaient en analyse dans le même temps :

"Pour ma génération, les internes étaient très nombreux en analyse, 95%, donc on était concerné par cet aspect des choses : le juridique, le social et le pénal".⁷⁷⁶

Pour certains médecins, la psychanalyse fut même l'outil intellectuel ayant conduit à la spécialisation en psychiatrie. L'un de ceux-là revenait ainsi sur son choix de spécialité :

"En psychiatrie on parle avec ceux de sa génération : moi je voulais faire de la psychanalyse et j'étais médecin. J'étais un peu l'intello de la médecine : la médecine m'ennuyait. ... J'étais interne en psychiatrie pour pouvoir m'intéresser à la psychanalyse pour se soigner. Alors c'était la psychiatrie le matin à l'hôpital et la psychanalyse l'après-midi".⁷⁷⁷

Toutefois, le recours à la psychanalyse et la croyance en l'efficacité des médicaments ne semble pas du tout contradictoire. Un tout jeune psychiatre se définissait comme "un psychiatre biologique d'inspiration psycho-dynamique" pour signifier son identité de médecin d'une part et son intérêt pour le sens de la pathologie d'autre part :

"Je suis un psychiatre biologique c'est-à-dire que je suis convaincu que les traitements médicamenteux soignent un certain nombre de pathologies et je suis d'inspiration psychanalytique, ou plutôt psycho-dynamique. Je cherche à comprendre ce qui se passe. Le traitement est un moyen de soigner et de prendre en charge une souffrance mais il faut que le patient soit accompagné : par l'écoute, le soutien, un travail social. Et par ailleurs, je cherche à comprendre le sens pour le patient, pour la famille...Ici je m'y retrouve parfaitement. D'ailleurs les psychiatres de secteur fonctionnent pareil"⁷⁷⁸ .

Ce qui compte pour notre étude, c'est que les psychiatres de secteur se définissent certes sur la base de cet éclectisme mais affirment se reconnaître entre eux sur ces bases.

Le secteur a pu être défini en 1986 comme le seul lieu où puisse se développer une "psychiatrie clinique qui ne se conçoit que bio-psycho-sociale"⁷⁷⁹ . Aujourd'hui encore, le caractère inventif de la pratique psychiatrique correspond à un éclectisme assumé des méthodes :

"Mon identité est claire : je ne fais pas de la psychanalyse ici mais les questions que les patients posent m'intéressent : comment s'y prennent-ils pour poser une question à la vie ?... La psychiatrie n'est pas un protocole ; elle s'invente avec le patient dans ce qui se passe entre le psychiatre et son patient avec toute la panoplie : transfert, médecine, hôpital. On joue à l'orgue".⁷⁸⁰

L'intégration au reste de l'équipe soignante est conditionnée par le caractère protéiforme

⁷⁷⁶ Entretien avec le Docteur Safran.

⁷⁷⁷ Entretien avec le Docteur Achillée.

⁷⁷⁸ Entretien avec le Docteur Mazen Hamdan

⁷⁷⁹ Document établi par le Docteur Reynaud, psychiatre et M. Massat, Directeur d'hôpital, Travail préalable au Rapport Zambrowski, automne 1986, p. 12 (Documents DGS).

⁷⁸⁰ Entretien avec le Docteur Achillée.

de la pratique. Ainsi, pour un jeune psychiatre de secteur, le médecin a certes la capacité à prescrire, mais "après, on peut très bien faire comme un psychologue, si on est formé à la psychanalyse"⁷⁸¹. La position des psychologues se rapprochera ainsi de celle des psychiatres pour une raison simple : si les psychiatres de secteur ne définissent pas le pouvoir de prescrire comme l'aspect central de leur pratique, ils pourront se sentir proches d'autres métiers dans la part psychothérapique de leur activité ("on se comprend, on parle le même langage")⁷⁸².

La psychiatrie se révèle être une discipline incertaine, où l'on "bricole" avec toutes les ressources possibles :

"La psychiatrie est tirillée par toute sorte de courants : les sciences cognitives, la neurologie... Elle prend tout ce qu'elle peut prendre".⁷⁸³

Considérée comme "une spécialité protéiforme qui emprunte à l'humain, au somatique, au politique, au social", la psychiatrie revendique d'être une "bête à part à la croisée des chemins"⁷⁸⁴. La psychanalyse apparaît dès lors plus comme cadre de compréhension générale que comme méthode exclusive de traitement. La dimension bio-psycho-sociale de la psychiatrie invite les praticiens à jouer sur plusieurs tableaux comme nous l'indique ce jeune psychiatre :

"Aujourd'hui, ma réponse est de dire que c'est un truc pour que les gens aillent mieux... Je m'y emploie avec la psychothérapie, la chimiothérapie, et la sociothérapie (utilisation du secteur)"⁷⁸⁵.

Une seconde caractéristique de l'identité de secteur réside dans l'importance accordée à la notion d'équipe. Charles Brisset et Hubert Mignot défendaient en 1967 le principe du choix par le "patron" de l'équipe de secteur de ses collaborateurs. Certains y ont vu le signe d'une volonté de toute puissance tandis que les psychiatres le justifiaient par des considérations thérapeutiques : le but était alors d'aboutir à la structure la moins hiérarchique possible. Un psychiatre chef de service, voulut récemment selon ces mêmes principes recruter une assistance sociale ayant déjà travaillé avec l'équipe en place ; il nous confiait son mécontentement lorsque la direction de l'hôpital lui imposa d'office une autre professionnelle :

"Le problème de la nouvelle direction, c'est l'application hyper rigide des textes. En extra, je garderai la géronto et le travail de la charte. Par exemple, on a en intra une AS qui part en retraite alors je recrute quelqu'un de confiance, avec qui le service a déjà travaillé et ils m'en trouvent une autre [...]. On m'a opposé le droit du travail ; on m'a reproché (le DRH) "l'instinct grégaire des psychiatres". Je lui ai renvoyé la notion d'équipe qui a une histoire et une dynamique. Ca a été

⁷⁸¹ Entretien avec le Docteur Laurier.

⁷⁸² Entretien avec Monsieur Pigamon, psychologue.

⁷⁸³ Entretien avec le Docteur Achillée.

⁷⁸⁴ Entretien avec le Docteur Acacia.

⁷⁸⁵ Ibid.

théorisé ça, ça s'appelle la psychothérapie institutionnelle⁷⁸⁶ .

L'héritage de la psychothérapie institutionnelle reste très présent dans les représentations des membres des équipes soignantes consultés : tous s'accordent sur le caractère thérapeutique de l'entente au sein de l'équipe soignante élargie.

Dans son ouvrage *Le raisonnement psychiatrique*, Albert Ogien conclue à l'aspect central de la notion "d'équipe thérapeutique" dans le travail de la psychiatrie d'un service hospitalier belge. Plus largement, il fait de cette notion "l'assise conceptuelle des indications modernes du savoir psychiatrique"⁷⁸⁷. Cette conception signifie que la complémentarité entre les approches et les compétences spécifiques de chaque catégorie de personnel est conçue comme une nécessité dans la cure du patient.

Notre travail de terrain conforte largement cette conclusion. Puisque l'intervention en psychiatrie réclame de la part du personnel qu'il entretienne avec les patients des "relations d'échange de nature informelle"⁷⁸⁸, puisque "l'on ne sait pas quand on soigne"⁷⁸⁹, toute l'équipe concourt au mieux-être du patient. Quant aux relations entre les membres de l'équipe soignante, elles devront être traitées par la création d'espaces de parole, de prise de décision collective, dans le respect des missions de chaque professionnel.

Albert Ogien s'interrogeait sur le sens des multiples réunions du personnel (quotidiennes, hebdomadaires) à géométrie variable constituant l'existence matérielle de la notion d'équipe, dans la mesure où elles ne visent pas la prise de décision. D'après lui, les réunions marquées par l'acharnement à fouiller l'anodin, la relativisation de la valeur du médicament, l'échange entre les catégories de personnel, ne consacraient pas une gestion collective des mesures thérapeutiques mais proposaient une "représentation du modèle idéal de travail en équipe"⁷⁹⁰.

Notre étude questionne directement cette représentation et son rapport à la pratique. En effet, la division du travail a un sens pour l'équipe, au-delà de la hiérarchie impliquée par la subordination de certains métiers par rapport à celui de psychiatre. Un jeune psychiatre nous confiait ainsi :

"C'est une pratique institutionnelle : en équipe pluridisciplinaire machin chouette.... Le côté institutionnel est le plus discriminant pour définir une psychiatrie publique. Le secteur, c'est l'institution."⁷⁹¹

Une telle affirmation confirme l'identification progressive, dans les mots, entre le travail

⁷⁸⁶ *Entretien avec le Docteur Ajonc.*

⁷⁸⁷ Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique*, *op. cit.*, p. 39.

⁷⁸⁸ Albert Ogien, *Ibid*, p. 39.

⁷⁸⁹ *Entretien avec le Docteur Ajonc.*

⁷⁹⁰ Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique*, *op. cit.*, p. 52.

⁷⁹¹ *Entretien avec le Docteur Laurier.*

institutionnel et la psychiatrie de secteur, telle que nous l'avons déjà perçue à travers l'ouvrage d'Alain Buzaré. La notion d'équipe "soignante", ne désigne pas le fait que ses membres ont un statut de soignants mais se réfère directement aux présupposés de la psychothérapie institutionnelle. L'entente à l'intérieur de l'équipe est thérapeutique en elle-même : en effet, "ce qui soigne le patient, c'est quand l'équipe est à même de penser sa pathologie"⁷⁹² d'après un jeune psychiatre de secteur, qui constate qu'une grande confiance règne au niveau médical, infirmier, ainsi qu'avec la psychologue et les assistantes sociales.

La pratique témoigne notamment de l'autonomie relative accordée par le médecin aux infirmiers. Les psychiatres valorisent explicitement la connivence avec le personnel infirmier ("quasiment aucune thérapie ne se fait en solo")⁷⁹³ et plus largement une collégialité s'exerçant au-delà des statuts professionnels :

"Dans l'équipe, on a une pratique éprouvante et on a la chance d'être en phase, dans l'échange et même au niveau médical. Il y a une collégialité très intéressante ; on a la même connivence avec les cadres infirmiers".⁷⁹⁴

Ce constat est formulé par ceux qui se trouvent au sommet de la hiérarchie médicale, d'où la nécessité pour nous de nous pencher sur la parole infirmière.

2. Une vision du monde partagée par les infirmiers

Globalement, les infirmiers partagent la "vision du monde" des psychiatres du service et ce, d'après nous, pour deux raisons : l'accroissement de leurs responsabilités propres dans la prise en charge des patients et la spécificité relationnelle de leur travail.

Sur le premier point, le personnel infirmier apprécie la marge de manœuvre accordée par le médecin :

"L'infirmier psychiatrique a une marge de manœuvre, de création, d'initiative. L'écart entre les deux se réduit car les infirmiers en général peuvent plus s'exprimer par eux-mêmes, prendre des initiatives, choisir des attitudes".⁷⁹⁵

Ce fait s'explique non seulement par la nécessité thérapeutique d'un travail d'équipe mais également par la diminution du nombre de psychiatres au sein du service. "On a dû donner plus de travail aux infirmiers de secteur"⁷⁹⁶, nous confiait ainsi ce psychiatre à l'occasion d'une discussion sur la pénurie de praticiens médecins en psychiatrie publique.

Les infirmiers confirment l'accroissement de leurs responsabilités ces dernières

⁷⁹² *Ibid.*

⁷⁹³ Entretien avec le Docteur Ajonc.

⁷⁹⁴ *Entretien avec le Docteur Bardane.*

⁷⁹⁵ *Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.*

⁷⁹⁶ Entretien avec le Docteur Armoise. Jean Ayme signalait déjà en 1986 qu'autrefois, du fait de la pénurie de médecins, des infirmiers étaient formés à des tâches médicales, Compte-rendu de la réunion du groupe de travail présidé par Zambrowski, sur "la collaboration entre les secteurs privé et public", 16 octobre 1986, p. 8 (Documents DGS).

années ; ils l'attribuent explicitement à une volonté du chef de service ainsi qu'à la crise du recrutement médical :

"- Au niveau du service, mes collègues et moi, on a une relative autonomie par rapport au psychiatre. Ces dix dernières années, ça, ça a changé, on a plus de responsabilité dans l'évaluation, la décision. Oui, nos responsabilités se sont accrues. - Pourquoi ? - Le Docteur Safran l'a permis mais comme il y a eu augmentation de la demande et diminution des temps médicaux alors il a bien fallu nous déléguer des choses».⁷⁹⁷

Albert Ogien notait dans son ouvrage sur un service hospitalier que l'équipe ne devait pas outrepasser les bornes établies par l'existence de rapports hiérarchiques reposant sur la différenciation des savoirs et la répartition inégale des fonctions⁷⁹⁸. Cette limite à l'indistinction hiérarchique doit être clarifiée pour le terrain que nous avons exploré.

Nous avons pu observer que, si la différenciation des savoirs est largement intégrée par tous les membres de l'équipe, la répartition inégale des fonctions est moins évidente. Au Centres Médico-Psychologique de Rillieux-La-Pape par exemple, le premier rendez-vous avec le patient se fait avec un psychiatre et un infirmier mais il est parfois précédé d'un entretien avec l'infirmier seul. En outre, si un patient téléphone, un infirmier aura une prise de contact liminaire avec le malade, conçue comme "le premier acte de demande de soin". Un premier diagnostic est ainsi porté par l'infirmier, quand bien même l'entretien avec le psychiatre demeure un passage obligé.

De la même façon, au Centre Médico-Psychologique du secteur 27 à Paris, il est fréquent qu'un patient vu pour la première fois soit reçu par un médecin et un autre professionnel⁷⁹⁹ et le nombre d'entretiens réalisés exclusivement par les infirmiers ne cesse d'augmenter⁸⁰⁰ dans les années 1990. Tout ceci atteste de l'accroissement des responsabilités du personnel infirmier.

Le second point, que nous avons appelé "la spécificité relationnelle du métier d'infirmier" impose d'interroger la proximité entre les rôles médicaux et infirmiers. Everett Hughes avait pointé en la matière la nécessité d'étudier la division du travail par des définitions de rôle⁸⁰¹. Il invitait alors à analyser le rapport entre un poste de travail, c'est-à-dire "le travail que fait un individu" et sa position dans une organisation.

Hughes écrit alors que la profession infirmière est de création récente et d'après lui, "la frontière entre le médecin et l'infirmière n'a jamais été aussi sensible"⁸⁰² car le métier

⁷⁹⁷ *Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier.*

⁷⁹⁸ Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique, op. cit.*, p. 52.

⁷⁹⁹ Rapport de secteur pour l'exercice 2003, Maison Blanche, secteur 27, p. 5.

⁸⁰⁰ Le nombre d'entretiens infirmiers passe de 206 en 1995 à 750 en 1999 sans que cela corresponde à une augmentation du nombre d'infirmiers, Rapport DIM 1999, Maison Blanche, secteur 27, p. 45.

⁸⁰¹ Everett Hughes, "Social Role and the division of labor", *Midwest Sociologist*, 1956, 17 (1), p. 3-7, in *Le regard sociologique*, textes recueillis et présentés par Jean Michel Chapoulie, Editions de l'EHESS, p. 68.

d'infirmière se fait plus technique. Hughes en appelle à l'examen du faisceau de tâches de l'infirmier : il distingue entre les tâches valorisées sur une échelle de prestige et "le sale boulot" mais tient compte du fait que le partage de celles-ci varie en fonction d'une redistribution des tâches dans l'organisation.

Au vu de nos entretiens avec le personnel infirmier des Centres Médico-Psychologiques, force est de constater que le rôle de l'infirmier psychiatrique est moins sensible à la division technique du travail qu'en soins généraux et ce, pour une raison évidente : la psychiatrie de secteur ne mobilise pas de plateau technique très élaboré. Les médicaments sont certes utilisés mais ils jouent une part restreinte d'après l'équipe soignante. Ce qui prime alors dans la définition du rôle de l'infirmier, c'est le rapport personnel qu'il établit avec le patient, au sein d'un cadre défini en équipe.

Le geste technique n'est pas ce qui valorise le travail infirmier ; la personne qui l'effectue est même indifférente d'après ce cadre de santé :

"En psychiatrie, tel ou tel infirmier va être attachée à un patient mais on ne fait pas de perfs ou peu importe qui la fait. Le soin ici est plus adapté, plus efficace, plus personnalisé" ⁸⁰³

Dès lors, la division du travail se fait moins franche entre le psychiatre et l'infirmier. Ce dernier s'attribue même un rôle psychothérapique proche de celui du médecin, auprès de certains patients :

"Ce qui est spécifique, c'est la relation d'écoute. On se bat un peu pour les termes, on dit qu'on est sa psychothérapie mais on a des retours, pas avec les psychotiques mais avec les névrosés, on arrive à faire un travail psychothérapeutique. On arrive à faire un travail de réflexion sur la vie de la personne. On nous confie des choses très intimes. Tout ça est prescrit par le médecin mais des choses restent entre nous, vraiment" ⁸⁰⁴ .

Ce rôle apparaît central dans la définition que les infirmiers donnent de leur métier ("c'est tout le côté relationnel"⁸⁰⁵). Le travail relationnel prend concrètement parfois l'allure d'un véritable travail psychothérapique. L'existence d'entretiens mettant en relation le patient et l'infirmier en l'absence d'un psychiatre, l'atteste :

"On fait beaucoup d'entretiens seul et en binôme avec un psychiatre (une fois par semaine seul, une fois par mois à deux)" ⁸⁰⁶ .

Un processus supplémentaire achève de rapprocher le psychiatre et l'infirmier. Pour le décrire, un recours au travail de Pierre Bourdieu nous semble utile. Ainsi, Pierre Bourdieu a décrit comment des alliances plus ou moins durables pouvaient être possibles entre groupes appartenant à des champs différents. Notamment, par l'effet d'une homologie

⁸⁰² Everett Hughes, *ibid*, p. 70.

⁸⁰³ Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.

⁸⁰⁴ Entretien avec Monsieur Liseron, infirmier.

⁸⁰⁵ Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier.

⁸⁰⁶ Entretien avec Madame Mimosa, infirmière.

entre deux positions dominées dans des champs différents, des ouvriers dominés dans l'industrie et des intellectuels, dominés parmi les dominants, ont pu s'allier dans le champ politique.

Cet effet d'homologie semble jouer en psychiatrie de secteur à l'intérieur même du champ médical. Ainsi, les infirmiers sont moins élevés dans la hiérarchie des responsabilités du champ soignant que les psychiatres mais les psychiatres se vivent comme les moins valorisés dans la profession médicale au sens strict. En outre, l'impression de subir les mêmes contraintes liées à l'organisation de secteur contribue à faire converger leurs revendications en dépit justement de la hiérarchie. De cet effet d'homologie, il n'est certes pas possible de déduire une "identité de condition", au sens de Pierre Bourdieu⁸⁰⁷ mais il nous permet de comprendre l'identité de la position des psychiatres et des infirmiers vis-à-vis de la médecine : d'un côté le psychiatre va défendre sa spécificité par rapport au médecin, et parallèlement, l'infirmier psychiatrique va se définir par contraste avec l'infirmier en soins généraux malgré l'unification récente des diplômes.

Ce dernier phénomène nécessite un bref rappel historique quant à l'évolution du diplôme infirmier. Le diplôme d'infirmier psychiatrique départemental fut créé par une circulaire du 4 avril 1907⁸⁰⁸, celui d'infirmiers en soins généraux par le décret du 27 juin 1922 : une spécialité en hygiène mentale est alors possible. L'arrêté du 26 juin 1930 institue une formation de 5 ans débouchant sur le diplôme d'infirmier des asiles d'aliénés mais en pratique ce diplôme n'est pas obligatoire. C'est seulement en 1949 que l'exercice des infirmiers psychiatriques est limité aux seuls hôpitaux psychiatriques alors que les diplômés d'Etat peuvent exercer dans tous les secteurs. Il faudra attendre 1992⁸⁰⁹ pour que la formation comporte un tronc commun permettant une équivalence de diplôme entre infirmiers psychiatriques et infirmiers de soins généraux.

⁸⁰⁷ Pierre Bourdieu rappelle que "le principe de la différenciation est à chaque fois différent, comme les enjeux et la nature de l'intérêt, donc l'économie des pratiques", Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, op. cit., pp. 315-316.

⁸⁰⁸ Le règlement modèle du Service intérieur des Asiles du 20 mars 1857 plaçait les infirmiers d'un médecin-chef et leur assignait essentiellement une fonction de surveillance. Le décret du 15 avril 1930 institue le diplôme d'infirmier des hôpitaux psychiatriques de 5 ans. Un arrêté du 23 juillet 1955 organise et rend obligatoire le diplôme national d'infirmier des hôpitaux psychiatriques qui dure deux ans et compte 120 heures de cours. L'arrêté du 16 février 1973 porte cette formation à 28 mois et 1580 heures de théorie et de stages à l'hôpital ou en extra-hospitalier. En 1979, un nouvel arrêté du 26 avril 1979 réorganise la formation en 5260 heures, dont 16 semaines de stage : le programme de la première année est identique pour les soins généraux et la psychiatrie. La réforme de 1992 impose aux infirmiers de secteur psychiatrique trois stages d'un mois en chirurgie, en médecine, en urgences ou réanimation, qui ont pour but de leur permettre d'exercer dans le secteur des soins généraux d'après la circulaire ministérielle du 29 décembre 1992.

⁸⁰⁹ En 1992, la réforme d'unification du diplôme infirmier fait passer la formation de 33 mois à 3 ans : la psychiatrie représente 360 heures de cours théoriques et trois semaines de pratique sur le terrain. La formation d'infirmier de secteur psychiatrique voit sa part d'enseignement en médecine-chirurgie augmenter (18,7% à 36%) et diminuer dans les enseignements connexes (32,8% à 25%) et la psychiatrie (de 48,3% à 39%). La réforme augmente pour la formation d'infirmier diplômé d'Etat l'enseignement de la psychiatrie (6,7% à 19%) (André Loubière, *Demain la psychiatrie*, Paris, Fédération de la Santé et du Social, CFDT, Editions Multiple, 1994, p. 114).

A l'instar de nombreux infirmiers du secteur, les psychiatres vont déplorer la fin du diplôme spécifique d'infirmier psychiatrique ("l'arrêt du diplôme infirmier est très néfaste")⁸¹⁰. Comme pour la lutte syndicale des médecins des hôpitaux psychiatriques visant la parité avec les médecins hospitaliers, les infirmiers psychiatriques ont souhaité une parité de leur diplôme afin de pouvoir exercer ailleurs qu'en psychiatrie. Et l'on retrouve actuellement le même sentiment d'insatisfaction chez le psychiatre et l'infirmier psychiatrique : l'assimilation, plus que la parité, aurait constitué une réponse inadaptée à leurs exigences respectives.

Un cadre de santé ayant vécu la réforme fait ainsi le diagnostic suivant :

"Notre idée, c'est que le travail informel a une place prépondérante, décisive. Ce qui fait le corps du travail infirmier en psychiatrie [...]. Ce travail informel est contenu dans le rôle propre. Il y a deux lignes dans le décret de compétence des infirmiers psy alors que pour les soins généraux, c'est plus quantifiable (durée) et c'est pas la façon de dire bonjour au patient [...] Les infirmiers psychiatriques par rapport au DE⁸¹¹ sont beaucoup plus dans leur rôle propre que dans un rôle sur prescription. L'infirmier psychiatrique a une marge de manœuvre, de création, d'initiative".⁸¹²

Un infirmier formé à l'ancienne école pense également que la réforme de 1992 a détruit la filière spécifique de formation : alors qu'auparavant les décrets généraux et psychiatriques étaient séparés, les multiples décrets de compétence auraient réduit "tout ce qui était psychiatrique à une peau de chagrin".⁸¹³ Plus précisément, les infirmiers expérimentés regrettent ce qui est perçu comme une assimilation et non une parité entre les infirmiers psychiatriques et les infirmiers de soins généraux parce qu'elle confondrait deux registres différents : l'aspect relationnel et l'aspect technique du travail infirmier. Le même type d'argument que celui avancé par les psychiatres de secteur, est formulé par les infirmiers de la même génération : la distinction entre médecine somatique et psychiatrie correspond à la différence entre le relationnel et le technique ("par rapport aux infirmiers Diplômés d'Etat, pour eux, ça ne dure qu'un temps, pour une fracture du bassin par exemple")⁸¹⁴. Les infirmiers les plus anciens regrettent ainsi que la nouvelle formation infirmière n'intègre pas davantage la dimension relationnelle de la psychiatrie :

"Soit ils sont adeptes de l'organogenèse, soit de la psychogenèse ou holistique édulcoré. C'est pas de la technique mais de la médiation, on a eu une formation sociale, psychiatrique et somatique importante : on est avant tout des corps, c'est une évidence. Avant, on avait trois ans de modules psychiatriques, avec des intervenants extérieurs... ça se fait de moins en moins dans les écoles comme

⁸¹⁰ Entretien avec le Docteur Bleuet.

⁸¹¹ *Diplômés d'Etat.*

⁸¹² *Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.*

⁸¹³ Entretien avec Monsieur Onagre, infirmier.

⁸¹⁴ Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier.

Rockefeller".⁸¹⁵

Cette citation témoigne de la valorisation commune aux infirmiers et aux psychiatres d'une formation multidimensionnelle. Mais la proximité ne s'épuise pas là puisque le même infirmier se réfère aux psychiatres pionniers du secteur, dans la droite ligne des propos tenus par les médecins du service :

"Le contexte général de la santé va pas très bien mais on est héritier de Tosquelles, Bonnafé et ceux qui sont héritiers d'un savoir que les médecins psychiatriques ont conservé. Les gens qu'on a actuellement ne sont pas du tout formés ; ils ont une vision parcellaire"⁸¹⁶ .

La confiance qui nous fut faite par un infirmier de secteur sur son engagement syndical rappelle étrangement le combat des psychiatres lors de la bataille avec la neurologie dans les années 1960. La suppression d'une filière psychiatrique est ainsi perçue comme la suppression pure et simple de la spécificité psychiatrique :

"Avant, je faisais partie de la coordination des représentants infirmiers ; je défendais la spécificité psychiatrique. Là, on s'est fait avoir car 10 personnes parlent pour toute la profession infirmière générale. L'idéal de formation, c'est 3+1 ou 2+2 années mais ça pose un problème technique. Le principe, c'est de garder cette filière psychiatrique spécifique car on en a besoin et c'est la première chose qu'on supprime dans un état dictatorial. Le diplôme a été carrément supprimé".⁸¹⁷

Certains attribuent même la baisse du nombre d'infirmiers en secteur psychiatrique à la nouvelle formation. Pourtant, il apparaît nettement que la réforme du diplôme infirmier en 1992 ne provoque pas la désaffection des infirmiers pour le secteur psychiatrique puisque déjà, entre 1980 et 1990, le nombre d'élèves infirmiers en psychiatrie passe de 7978 à 3197⁸¹⁸ .

B-2- DES FACTEURS D'INTÉGRATION À L'ÉQUIPE

Parmi les règles de surveillance participant à la régulation interne de la profession médicale, Freidson avait isolé celles mises en place par l'administration : voies de recours pour les patients, dossier médical, surveillance réciproque entre confrères. Sur la dernière modalité de surveillance, Freidson a élaboré une théorie de "la politique d'exclusion personnelle"⁸¹⁹ d'après laquelle les confrères d'une même organisation, au moyen de conseils plutôt que d'ordres, organisent des sanctions négatives pour les éléments jugés incompetents, sans que ces derniers ne soient empêchés de travailler. Ce processus ne fonctionne pas de manière hiérarchique, il n'est pas pratiqué par un corps institué à

⁸¹⁵ Entretien avec Monsieur Onagre, infirmier.

⁸¹⁶ Ibid.

⁸¹⁷ Ibid.

⁸¹⁸ Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, La documentation française, DREES, 2000, p. 200.

⁸¹⁹ Elliot Freidson, *La profession médicale*, op. cit., pp. 147-163.

l'égard de celui qui ne partage pas "les valeurs symboliques de la profession". Nous allons voir ici à travers plusieurs cas que la politique d'exclusion personnelle, dans une forme plus ou moins radicale, se déploie à l'encontre de professionnels ne partageant pas les valeurs de l'éclectisme des méthodes ou de la "prise en compte globale du sujet dans son histoire".

1. Une politique d'exclusion personnelle

Nous avons pu observer une telle pratique non à l'égard du personnel soignant mais vis-à-vis d'un travailleur social membre d'une équipe de Centre Médico-Psychologique. La valorisation de l'initiative personnelle des membres de l'équipe conduit en effet à exclure de l'équipe, celui qui n'invente rien, ne fait que "faire ce qu'on lui dit" et surtout ne réfléchit pas aux conséquences de ses actes sur le sujet en demande de soins.

Un chef de service nous a ainsi confié en aparté, hors entretien, que la seule personne incompétente de l'équipe était l'assistante sociale du Centre Médico-Psychologique. Il lui reprochait son manque d'initiative et son incapacité à interroger les conséquences de son travail social sur la dimension thérapeutique d'actes non soignants a priori. Ce chef de service nous fit part d'un exemple précis : il était reproché à l'assistante sociale de ne pas avoir su comprendre la contre-indication que pouvait constituer le rattachement d'un jeune patient dépourvu de couverture sociale à la couverture sociale de sa mère, largement impliquée dans le conflit que cette jeune personne venait porter aux oreilles de l'équipe soignante. La réaction du chef de service, face au manque d'initiative constant du travailleur social, et malgré plusieurs bilans de compétences tentant de déclencher un changement dans sa manière de procéder, fut alors de "faire en sorte qu'elle intervienne le moins possible".

Cet exemple nous renseigne à deux titres : sur la politique d'exclusion elle-même d'une part mais d'autre part sur le fait que les attentes sont les mêmes pour tous les membres de l'équipe psychiatrique, soignants ou pas. L'équipe est conçue comme soignante dans toutes ses dimensions de sorte que la hiérarchie officielle joue a minima dans la division du travail.

2. L'exclusivité théorique comme facteur d'exclusion

L'éclectisme théorique que nous avons évoqué est à comprendre non comme l'utilisation exclusive d'une méthode par chaque praticien mais comme l'emploi conjugué de moyens différents de traiter. Il n'implique pas que le découpage théorique corresponde à la division du travail entre psychiatres du même secteur.

L'éclectisme assumé de chacun permet l'intégration au service. Nous avons ainsi pu constater que la critique des psychiatres assistants par un chef de service portait spécifiquement sur l'exclusivité d'une option thérapeutique. Ainsi, le chef de service d'un secteur ne regrette pas qu'un de ces assistants, le Dr R., jugé trop exclusivement adonné aux thérapies comportementales, doive quitter le service. Le Dr R. nous confiait en l'occurrence sa déception quant à la psychanalyse :

"Les thérapies comportementales et cognitives sont en avance aux EU et en Angleterre alors que la France connaît une prédominance psychanalytique. J'ai

beaucoup voyagé et au début j'étais dans un service de psychiatrie biologique, avec Daléry et d'Amato, puis Marie-Cardine en thérapie comportementale. J'ai ensuite découvert la psychanalyse avec passion mais pour être thérapeutique, je reviens à mes anciennes amours, la psychiatrie biologique"⁸²⁰ .

Bien que la psychanalyse soit ici perçue par le jeune praticien comme passionnante, elle est estimée inefficace par rapport aux thérapies comportementales ("on n'est pas dans la recherche abyssale du pourquoi des profondeurs")⁸²¹ qui, étayées par la recherche biologique, ouvriraient une voie à la guérison en considérant que toute personne est le fruit d'un apprentissage. Le jeune psychiatre en question privilégie donc la théorie comportementale :

"Ca change ma pratique et mon ressenti et même mon rapport au monde : je me désimbibe de la psychanalyse. Je change un peu d'école"⁸²² .

Le chef de service dans lequel le Dr R. travaille, se réjouit de son départ au motif que son option théorique est trop exclusive ("sa dernière marotte, exclusive, c'est les thérapies comportementales alors ça va pas")⁸²³ mais déplore en revanche qu'un autre assistant, le Dr G., doive quitter l'équipe. Nous avons alors demandé au Dr G. ce qui constituait son identité de psychiatre de secteur. La réponse suivante, attestant d'une vision du monde commune avec le chef de service, nous fut faite :

"Quelle que soit la pratique, on travaille autour du lien : pour des patients très désocialisés, quel que soit le modèle qu'on prend."⁸²⁴

Ce même assistant se réjouissait par ailleurs de l'aspect peu médicalisé du service, contrairement à son collègue R., très confiant dans la psychiatrie biologique :

"En CHU, la psychiatrie est beaucoup plus médicalisée, ici pas trop encore. Sinon, c'est la blouse, le chariot et la psychiatrie est de plus en plus assimilée à une spécialité médicale comme les autres !"⁸²⁵

L'adhésion au fait que la psychiatrie n'est pas une spécialité comme les autres conditionne donc l'intégration au service composé de psychiatres plus âgés, tous formés à la psychanalyse, partageant la croyance en l'efficacité thérapeutique de "l'institutionnel".

L'adhésion à une pratique "institutionnelle" motive d'ailleurs le choix du service pour les psychiatres assistants, comme nous l'indique un psychiatre travaillant depuis cinq ans dans l'un des secteurs relevant du Centre Hospitalier Spécialisé du Vinatier :

"Une pratique institutionnelle et dans le meilleur des cas qui peut aboutir à une psychothérapie institutionnelle dont mon chef de service est un tenant"

⁸²⁰ Entretien avec le Docteur Acacia.

⁸²¹ Ibid.

⁸²² Ibid.

⁸²³ Entretien avec le Docteur Ajonc, chef de service.

⁸²⁴ Entretien avec le Docteur Bleuet.

⁸²⁵ Entretien avec le Docteur Bleuet.

*farouche... c'est pour ça que je travaille ici".*⁸²⁶

II. Paradoxes et tiraillements

Il nous semble que les travaux de Lise Demailly⁸²⁷ sur les enseignants ou la santé mentale, qui se distinguent de ceux de Claude Dubar et Renaud Sainsaulieu en ce qu'ils visent à étudier les identités au travail comme des "objets symboliques collectifs", ont une valeur exemplaire pour notre terrain d'étude. En effet, nous souhaitons bien explorer des groupes professionnels dans "la façon dont, dans leur dimension collective, se jouent à propos et autour d'elles des luttes de classement symboliques et des luttes politiques"⁸²⁸. Le cadre interprétatif des travaux sur les groupes professionnels structure généralement les débats et les conflits par une opposition entre référence professionnelle et référence organisationnelle dans les identités au travail. Lise Demailly tente de dépasser cette opposition en articulant sociologie du travail et sociologie politique. L'identité de métier et l'identité d'entreprise s'opposeraient de la manière suivante : l'identification à une profession se jouerait "par rapport à un groupe d'appartenance et de référence qui franchit les frontières des lieux de travail pour réunir ceux qui ont des pratiques de travail similaire", tandis que l'identification à l'organisation se référerait à "un espace territorialisé de coopération interprofessionnelle structuré par un projet et des règles communes"⁸²⁹. Nous pensons comme Lise Demailly qu'il est plus opportun de saisir les liens entre identité de métier et identité d'entreprise plutôt que de les opposer. Constatant qu'il y a pluralité voire conflictualité des formes de référence à la profession et des formes de référence à l'organisation, Lise Demailly invite à réfléchir d'une part sur les "lectures diverses de la place légitime des organisations dans l'espace social, du sens et des objectifs politiques des conduites professionnelles" et d'autre part sur "les efforts idéologiques et symboliques de certains groupes dirigeants pour modifier conjointement les modèles professionnels, la régulation des organisations, la gestion des ressources humaines et l'orientation des politiques publiques"⁸³⁰.

Nous voulons montrer ici qu'il existe une véritable culture professionnelle de secteur fonctionnant selon une référence double : la référence à la profession psychiatrique en un sens large, et la référence à l'organisation de secteur. Cette dichotomie est purement analytique tant dans les représentations et les pratiques de secteur, la dimension thérapeutique est indissociable de l'organisation même des soins. Lise Demailly insiste sur le caractère fluctuant des catégorisations à l'œuvre dans l'identification en référence à la profession dans le domaine médical : public/privé, hospitalier/extra-hospitalier,

⁸²⁶ *Entretien avec le Docteur Laurier.*

⁸²⁷ Lise Demailly, "La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels", *op. cit.*

⁸²⁸ *Ibid*, p. 3.

⁸²⁹ p. 4.

⁸³⁰ Lise Demailly, *Ibid*, p. 4.

infirmier/psychiatres pour illustrer son propos. La défense identitaire peut alors se repérer par "la recherche d'unification des identités professionnelles autour de professions synthétiques fortes, qui regrouperaient différents métiers proches"⁸³¹. La façon dont les psychiatres et les infirmiers se définissent est proche sur de nombreux points même si celle des derniers paraît moins intellectualisée. La perception d'eux-mêmes "au travail" s'articule autour de deux énoncés : le premier laisse à voir une définition positive du contenu même du travail psychiatrique ; le second se construit par la négative, en référence à ce que la psychiatrie de secteur "n'est pas". Cette double acception dévoile un rapport identitaire complexe voire paradoxal parfois vis-à-vis de la médecine faisant largement écho aux discours passés des psychiatres ayant lutté pour la parité de la psychiatrie⁸³².

Nous avons intitulé cette partie "Paradoxes et tiraillements" parce que la perception que l'équipe de secteur a d'elle-même continue de se constituer par contraste vis-à-vis des services jugés plus médicaux, mais l'extension vécue d'une compétence sociale du psychiatre de secteur le conduit à revendiquer son appartenance au monde de la médecine. Cette position ressemble traits pour traits à celle défendue par la Société de L'Evolution psychiatrique dans l'une de ses motions générales adoptées sous le titre "la spécificité de la psychiatrie et sa place dans la médecine" : intégrer la psychiatrie dans la médecine était alors justifié par deux points : son objet ou "la pathologie de la vie relationnelle"⁸³³, et sa fonction au sein d'une médecine sociale. Nous allons voir que l'exigence d'une "médecine pas comme les autres", selon les termes de Henri Ey, est toujours d'actualité.

Mais il ne suffit pas d'affirmer cela pour rendre compte des efforts des psychiatres pour lever des ambiguïtés que l'on voudrait faire peser à leur endroit. Ainsi, en dépit d'apparences contradictoires de l'argumentation, c'est à une cohérence profonde, parfois inavouée voire inconsciente, que les actes des psychiatres de secteur tendent. En effet, c'est en se situant systématiquement dans l'intention du législateur que les psychiatres refusent une réduction de la maladie à un fait (le handicap) pour un individu et du secteur à une gestion territorialisée du handicap. Ce n'est donc pas par désaccord avec lui-même que le psychiatre s'affirme comme tiers médical (et non technique) vis-à-vis du social et revendique sa participation dans la définition et l'application d'une politique du handicap ou dans la détermination d'un véritable service public de secteur. C'est bien au nom d'un impératif catégorique, soigner, qu'il s'agit pour les psychiatres de secteur d'empêcher toutes ces formes d'hypothèques.

A- Soigner, un impératif catégorique

Il semble que la psychiatrie ait toujours été prise dans une position contradictoire : son

⁸³¹ *Ibid*, p. 6.

⁸³² L'exigence de parité porte d'ailleurs en elle-même le signe d'un tel paradoxe puisqu'elle suggère une différence de fait et une égalité de Droit.

⁸³³ *L'information psychiatrique*, n°5, volume 44, 1968, p. 482.

appartenance à la médecine en temps que spécialité et sa spécificité en tant que soin du psychique ayant à assumer une fonction sociale se trouveront en tension systématique chaque fois que les professionnels du secteur craindront que l'on supprime l'une ou l'autre de ces caractéristiques identitaires. Henri Ey défend ainsi en 1970 le caractère spécifique de la psychiatrie en arguant du fait que les jeunes médecins voulant devenir des spécialistes en Psychiatrie "choisissent une spécialité médicale qui 'n'est pas comme les autres'". Henri Ey dénonce alors toute volonté politique visant à réduire la psychiatrie à l'un de ses aspects comme conduisant à enfermer le problème de la psychiatrie comme celui de son objet même dans un dilemme : "ou les Psychiatres veulent vraiment être des médecins comme les autres [...] ou bien les Psychiatres ne veulent pas être des médecins"⁸³⁴.

La querelle anti-psychiatrique fut l'occasion pour les psychiatres de secteur de lutter contre une définition sociale de la maladie perçue comme renvoyant au psychiatre l'image d'une identité médicale définie en référence à une pure technicité. Le développement de l'antipsychiatrie dans les années 1960 suscite en effet une réaction syndicale virulente de la part des médecins des hôpitaux psychiatriques. Un aspect de l'identité psychiatrique se dévoile ici, qui correspond à la volonté de ne pas confondre le caractère social de l'exclusion des malades mentaux et l'origine partiellement sociale de la maladie mentale. Aujourd'hui, les psychiatres de secteur continuent de se définir en référence à la médecine, non pour revendiquer une technique mais bien plus pour défendre une posture.

A-1- MALADIE ET SOCIÉTÉ

Les psychiatres publics français, depuis la Libération, ont remis en cause l'hôpital psychiatrique comme univers concentrationnaire et ont cherché à guérir l'institution pour guérir un malade qui s'identifie à elle⁸³⁵. Robert Castel, dans sa présentation de l'ouvrage d'Erwin Goffman *Asiles* parle en 1961 de contradictions thérapeutiques et sociologiques en psychiatrie : il reconnaît alors le mérite du groupe français à l'origine de la "psychothérapie institutionnelle" d'avoir formulé le problème avec une parfaite clarté en soulignant l'immense distance qui sépare l'idéal de l'hôpital comme "milieu thérapeutique" des pratiques réelles commandées par la pénurie des moyens matériels et humains, mais aussi par les insuffisances de la législation relative aux malades mentaux, par l'héritage des structures carcérales et par les contraintes que les représentations sociales de la maladie mentale font peser sur le malade, le médecin et l'hôpital⁸³⁶. Qu'y a-t-il de contradictoire a priori en fait entre une description sociologique et une visée thérapeutique ? C'est que le thérapeute doit comprendre le malade dans son historicité, donc d'une certaine manière suspendre une critique sociologique à prétention révolutionnaire. L'antipsychiatrie refuse en quelque sorte ce que la psychothérapie institutionnelle a

⁸³⁴ Henri Ey, préface, in Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France*, op. cit., pp. 13-14.

⁸³⁵ Philippe Rappard, *La folie et l'Etat*, op. cit., p. 93.

⁸³⁶ Erwin Goffman, *Asiles, Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Editions de Minuit, Le sens commun, 1968, p. 26.

démasqué⁸³⁷. Cependant, on aurait tort d'opposer radicalement, du moins en France, deux visions du monde (antipsychiatrie et analyse institutionnelle) attendu que la critique sociologique de l'institution psychiatrique a pu s'inscrire dans la compréhension globale d'un système bio-politique contre lequel le mouvement désaliéniste luttait déjà. En quelque sorte, la réception spécifiquement française de l'anti-psychiatrie a précipité, au sens chimique, la généralisation des thèses désaliénistes.

1. La dépsychiatriation contre l'antipsychiatrie ?

Philippe Rappard explique en 1981 que deux courants marquent la spécialité psychiatrique française :

"Le premier courant est un courant qui part de l'intérieur de la psychiatrie, courant le plus lourd et le plus organisé : c'est le courant psychothérapeutique traditionnel représenté actuellement par les tenants de l'équipe soignante en tant que réalité publique concernant l'ensemble d'une population déterminée. Le second courant part de l'extérieur de la psychiatrie... les institutions qui le représentent ont ceci de commun qu'elles revendiquent l'universalité du fait psychopathologique".⁸³⁸

Ces deux courants, Michel Foucault les a opposés dans les termes suivants : la "dépsychiatriation" aurait pris notamment la forme au XIX^{ème} siècle d'une intensification de "la production de la folie dans sa vérité" par "la mise hors circuit de tous les effets propres à l'espace asilaire"⁸³⁹ ; elle relèverait en fait d'une surmédicalisation de la folie tandis que l'antipsychiatrie s'identifierait à une démedicalisation de la folie.

Dans les années 1960 en France, l'antipsychiatrie dans sa version radicale est rejetée au profit d'une politique de secteur naissante, s'inscrivant dans le mouvement de "dépsychiatriation" au sens de Foucault, initié depuis l'après-guerre par une poignée de psychiatres. Un contexte international marqué par un mouvement dénonçant la construction sociale de la folie fédère de nombreux psychiatres aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en Italie. Ronald D. Laing et David Cooper, F. Basaglia⁸⁴⁰ sont les principaux représentants d'un tel courant critique de l'exclusion asilaire. En France, il apparaît clairement que ce n'est pas l'antipsychiatrie qui est à l'origine d'une critique du statut des psychiatres français, puisque les revendications des médecins des hôpitaux psychiatriques remontent aux années 1950. L'antipsychiatrie reçoit donc un écho relatif en France parce que les psychiatres ont déjà fait l'autocritique d'un système fondé sur le droit administratif et le fonctionnariat⁸⁴¹. Ceci explique d'ailleurs le titre du Rapport Demay de 1982 "Une voie française pour la psychiatrie", rappelant la stratégie de dépérissement

⁸³⁷ Philippe Rappard, *La folie et l'Etat, op. cit.*, p. 93.

⁸³⁸ **Philippe Rappard, *La folie et l'Etat, op. cit.*, p. 101.**

⁸³⁹ Michel Foucault évoque ici la règle du libre contrat entre le médecin et le malade, et la règle de la liberté discursive héritée de la psychanalyse. On notera que Foucault identifie une autre forme de dépsychiatriation au XIX^{ème} siècle, forme qu'il qualifie d'«aseptique» commençant avec Babinski et consistant en la réduction de la maladie à ses signes nécessaires et suffisants, et dont la psycho-chirurgie et la psychiatrie pharmacologique en sont les expressions les plus notables, Michel Foucault, *Résumé de cours* (1970-1982), Conférences, essais et leçons du collège de France, Julliard, 1989, pp. 61-64.

et de non de fermeture des anciens asiles.

Avant de restituer la réaction française à la critique antipsychiatrique, il nous semble d'abord utile de revenir à l'un des ouvrages typiques de ce mouvement. Psychiatrie et anti-psychiatrie paraît pour la première fois en Grande Bretagne en 1967. Son auteur, David Cooper écrit ceci dans le premier chapitre :

"La violence en psychiatrie est au premier chef la violence de la psychiatrie (...) j'entends par ce terme de violence comme l'action corrosive de la liberté d'une personne sur la liberté de l'autre". ⁸⁴²

Plus précisément pour David Cooper, la société aurait construit dans l'hôpital psychiatrique une structure sociale qui reproduit les particularités génératrices de folie de la famille des patients. Il relate à la fin de son ouvrage une expérience conduite par lui-même (il est psychiatre) dans une petite unité d'un hôpital situé en Angleterre, depuis janvier 1962. Cooper avait sélectionné un personnel ayant une courte expérience en institution psychiatrique ; il y développa une pratique de service incluant des réunions communautaires quotidiennes avec l'équipe et le patient, deux groupes thérapeutiques, des groupes de travail du personnel.... Ces pratiques étaient motivées par la conviction de Cooper de la nécessité d'explorer chez les soignants les origines de "l'irrationalité institutionnelle"⁸⁴³. L'expérience du Pavillon 21 conduisit à certaines déceptions : le fait de confier une grande responsabilité aux patients (nettoyage de leurs assiettes, lever du lit, assistance aux réunions..) et aux infirmiers eut des conséquences fâcheuses d'après Cooper mais eut le mérite après une phase de profonde désorganisation d'aboutir à l'élimination de "nombreux aspects destructeurs de la vie psychiatrique institutionnelle"⁸⁴⁴.

⁸⁴⁰ Ce mouvement, mobilisateur dans les années 1968, est dominé par un courant anglosaxon avec Laing et Cooper dont la thèse présuppose que, d'une part, la victime du trouble mental n'est très souvent que le sujet le plus vulnérable d'une constellation familiale qui se sauve, d'une certaine façon, grâce à la délégation sur un seul élément de tous ses conflits, et que d'autre part, le trouble apparu ira vers la guérison ou vers la psychose selon la réponse donnée par l'Institution psychiatrique sollicitée par la famille. La branche italienne avec Basaglia défend l'idée selon laquelle la folie semble surtout dépendre de l'oppression sociale, économique et culturelle qui impose des modèles de comportement assimilés comme des devoirs impossibles ; l'influence de ce courant sera déterminant en Italie puisqu'une loi de 1978 prévoit une disparition graduelle des asiles considérés comme aggravant la pathologie. Voir F. Basaglia et F. Basaglia-Ongaro, *La majorité déviante : L'idéologie du contrôle social total*, Paris, Einaudi Editore, Collection 10/18, 1976 ; D Cooper, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Paris, Éditions du Seuil, Collection Point, 1970 ; R. D. Laing (1960), *Le moi divisé*, Paris, STOCK, 1993.

⁸⁴¹ Philippe Rappard, "Le politique et la psychiatrie", Communication au Séminaire "les cultures professionnelles en santé mentale", GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 30 novembre 2001. Jean Ayme ajoute à cette raison la réticence des psychiatres français à adhérer à un mouvement ne s'appuyant pas sur des référents freudiens (Jean Ayme, "L'antipsychiatrie", *L'information psychiatrique*, volume 71, n°7, juillet 1995).

⁸⁴² David Cooper, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Seuil, Points, 1970 pour la traduction française, p. 31 et p. 36.

⁸⁴³ David Cooper désigne sous cette expression les idées toutes faites, préjugés et fantasmes qui nourrissent les soignants à propos d'eux-mêmes et de leurs patients (David Cooper, *ibid* ., p. 131).

⁸⁴⁴ David Cooper pense ici à la rigidité de la hiérarchie, l'absence de solution de vie après l'hospitalisation, etc... (*ibid* ., p. 146).

En dernière analyse, ayant éprouvé les limites du changement institutionnel, Cooper conclue à l'impossibilité d'un progrès "dans le cadre de la grande institution", hors de la communauté. Pour Cooper, la reconnaissance de la violence trouve son parallèle le plus proche dans le concept d'"institutionnalisation" propre à l'hôpital psychiatrique mais cette reconnaissance, est le signe selon l'antipsychiatre de progrès seulement apparents, exprimés par les mots "portes ouvertes", "tolérance" ou "camaraderie infirmiers-patients"⁸⁴⁵.

A la lecture de l'ouvrage de David Cooper, nous sommes frappés de la proximité entre son expérience menée à l'hôpital et les expériences menées par les tenants de la psychothérapie institutionnelle. En outre, ses conclusions sur la nécessité de lutter contre un néo-aliénisme persistant malgré l'ouverture des portes de l'asile ressemblent beaucoup à celles formulées par les pionniers du secteur. Tout se passe en effet comme si son ouvrage contredisait ce qu'il annonce en introduction ("la violence en psychiatrie est la violence de la psychiatrie") puisque sa conclusion est plus centrée sur la critique d'une certaine psychiatrie, celle-là même que les pionniers du secteur tentent de bouleverser. Dès lors, on comprend que la critique française de l'anti-psychiatrie se soit construite contre ce qui était perçu comme une disqualification de la psychiatrie, tout en constatant que le néo-aliénisme était un ennemi commun.

2. Une critique relative

C'est Henri Ey, alors Président du conseil syndical du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques et Secrétaire Général du Syndicat des Psychiatres Français⁸⁴⁶ qui se lance en 1970 dans un véritable procès à l'antipsychiatrie dans la préface de l'ouvrage de Charles Brisset *L'avenir de la psychiatrie en France*⁸⁴⁷. Il relie alors explicitement la naturalité spéciale de la maladie mentale⁸⁴⁸ à la critique des antipsychiatries :

"L'anti-psychiatrie n'est pas née, comme le pense Michel Foucault... d'une conjugaison de la Raison et de la Société répressive. Tout au contraire,... ce n'est que dans une civilisation où circule assez de liberté que peut se poser le problème de la limitation pathologique de cette liberté. Et c'est ainsi que peu à peu s'est édifié le savoir psychiatrique ayant pour objet, pour seul objet, les formes pathologiques de la conscience et de l'existence, c'est-à-dire la privation de la liberté intérieure du Sujet, et la libération de sa propre incarcération. La

⁸⁴⁵ David Cooper, *ibid.*, p. 48.

⁸⁴⁶ Henri Ey est Secrétaire Général du Syndicat des Psychiatres Français de 1967 à 1972 ; Charles Brisset le remplace en 1972.

⁸⁴⁷ Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France, op. cit.*, pp. 7-31.

⁸⁴⁸ Henri Ey écrit : "Son objet (de la Psychiatrie) 'la maladie mentale', ne peut s'accommoder, ni d'être traitée comme 'une maladie comme les autres', ni de ne pas être traitée 'comme une maladie du tout' [...] la Psychiatrie entre naturellement dans le cadre des trois grandes spécialités médicales (Médecine interne, Pathologie chirurgicale et Psychiatrie) pour y prendre exactement sa place qui est celle d'une spécialité hautement différenciée" (Henri Ey, préface (1970), in Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France, op. cit.*, p. 16.

psychiatrie s'est donc progressivement développée pour dépasser "l'A-Psychiatrie" primitive qui est devenue assez aisément dans les temps modernes une Anti-psychiatrie par l'effet du fonctionnement psychiaticide auquel je faisais allusion plus haut, et cela dans les deux sens que je viens d'indiquer : il n'y a pas de maladie mentale (ce sont des maladies du cerveau identiques aux maladies du foie ou du sang) - il n'y a pas de maladies mentales (ce sont des mythes car dans le système des relations humaines il n'y a pas de normal et de pathologique mais seulement des rapports de maître à esclave). Cette anti-psychiatrie des Médecins ou celle des Sociologues va pour ainsi dire de soi, mais le fait nouveau c'est l'Anti-psychiatrie des Psychiatres eux-mêmes."

849 .

Henri Ey dénonce une "interprétation psychanalytique poussée jusqu'à l'absurde" selon laquelle tous les hommes sont également insensés ou sains d'esprit selon la perspective où l'on se place et conclue :

"Si l'on est anti-psychiatres pour contester la Psychiatrie carcérale que nous avait léguée le XIX^{ème} siècle, j'entends être considéré comme le premier anti-psychiatre... mais si être anti-psychiatre, c'est tout simplement être contre la Psychiatrie considérée comme une imposture ou un système idéologique de répression, pour autant que le Psychiatre représentant de la société aliénerait le faux malade mental qui ne serait aliéné que par la société, je dis qu'il faut, pour maintenir le savoir et l'action psychiatriques dans son droit fil, être anti-anti-psychiatre, c'est-à-dire Psychiatre tout court".⁸⁵⁰

Dans son ouvrage La psychanalyse de la connaissance, édité en 2002, Lucien Bonnafé revient sur la période antipsychiatrique. Alors que Henri Ey défend la profession face à ce qui est perçue comme une agression foucauldienne, Bonnafé attribue à l'antipsychiatrie une influence sur l'accroissement du discrédit porté sur les survivances du système d'enfermement. En quelque sorte, l'anti-psychiatrie a accéléré une pratique de secteur conjuguée à la diffusion des thèses de la psychothérapie institutionnelle. L'analyse de Bonnafé rejoint alors celle de Philippe Rappard : l'antipsychiatrie, dans sa version la plus radicale ne prend pas en France car elle revient à nier la critique sociologique que les

⁸⁴⁹ Henri Ey, préface (1970), in Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France*, op. cit., pp. 16-17. On voit bien ici que Michel Foucault n'est pas vraiment été compris par Henri Ey. Sur ce point, Paul-Louis Brétécher explique que les psychiatres réformateurs de l'époque n'ont pas été à même de voir en quoi "l'histoire de la folie" venait argumenter en faveur de certaines de leurs thèses ; de plus, la conception organo-dynamique de la maladie mentale de Henri Ey, qui suppose que le malade se "trompe" dans son appréhension du réel, constitue un obstacle à la reconnaissance la part sociale de la causalité de la pathologie. (Paul-Louis Brétécher "Foucault, à contre-temps", Cahiers Pollen, Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie, n°4, p. 41). Il semble intéressant de constater ici que dans un ouvrage récent écrit juste avant sa mort, Lucien Bonnafé rappelle que les psychiatres communistes ont été en tête de ceux qui soulignaient l'importance historique de "l'histoire de la folie" (Lucien Bonnafé, *Psychanalyse de la connaissance*, op. cit., p. 61). Ainsi, Lucien Bonnafé déclare en 1965 lors d'un colloque de la société de l'Evolution psychiatrique : "Nous, psychiatres, avons été violemment mis en cause ne 1961, avec une énergie qui a fort satisfait ceux d'entre nous que l'idée d'une complicité avec le statut d'oppression de la folie mobilise avec le plus de vigueur, lorsque Michel Foucault publia sa "folie et déraison" sous le titre *L'histoire de la folie à l'âge classique*" (Paul-Louis Brétécher "Foucault, à contre-temps", op. cit., p. 41).

⁸⁵⁰ Henri Ey, préface (1970), in Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France*, op. cit., p. 17.

médecins des hôpitaux psychiatriques ont déjà initiée. Mais dans le même temps, la critique sociologique de l'institution psychiatrique, comprise moins comme disqualification des psychiatres que comme compréhension d'un système biopolitique vient conforter chez les psychiatres en formation, la contestation portée par le mouvement désaliéniste né auparavant.

Asiles, du sociologue américain Goffman, paru en 1968, sera suivi de près par Les murs de l'asile, de Roger Gentis, publié en 1970. Roger Gentis formule dans son ouvrage un véritable réquisitoire à l'encontre des psychiatres n'ayant pas encore effectué leur autocritique, qui participent de fait à la persistance de l'asile comme système totalitaire. Ce qui est intéressant pour notre propos, c'est de voir comment Roger Gentis dénonce moins les murs extérieurs de l'asile que ses "murs intérieurs", à l'instar d'un Bonnafé, d'un Daumézon, et même d'un Ey :

"Tout l'asile vit sur l'illusion, entretenue à grand-peine, qu'il existe un véritable hiatus entre soignants et soignés..., qu'ils sont d'essence différente [...] Le pourcentage de cas dans lequel le sujet est incapable de vivre hors de l'hôpital est tout compte fait bien minime".⁸⁵¹

Le livre de Roger Gentis est pétri de psychothérapie institutionnelle. Rien d'étonnant alors que ce psychiatre mette en garde contre de nouvelles formes d'aliénisme, hors les murs de l'hôpital ("ce n'est pas sûr du tout que tout ira bien pour la psychiatrie quand elle aura mis le nez hors de l'asile"⁸⁵²). La critique de Gentis à l'encontre de la société elle-même correspond finalement au moment critique de la psychothérapie institutionnelle, telle que René Lourau le décrit dans L'analyse institutionnelle. Philippe Rappard nous a indiqué que les antipsychiatres de l'époque refusaient de réadapter les malades à une société aliénante⁸⁵³. Et en un sens, ils rejoignaient la critique plus ancienne de l'aliénisme en admettant "la violence symbolique des entreprises psychiatriques de traitement"⁸⁵⁴. Ce qui les séparait en revanche radicalement des médecins psychiatres consistait dans la négation de la pathologie mentale, comme catégorie médicale.

Finalement, on retiendra de la querelle antipsychiatrique qu'elle témoigne d'une identité qui, travaillée par le souci de faire de la demande sociale un objet de l'analyse institutionnelle, et en quelque sorte de l'accepter telle qu'elle est formulée, revendique dans le même temps une intention médicale l'autorisant à se situer du dehors du social. Nous allons maintenant aborder les manifestations contemporaines de cette référence médicale.

⁸⁵¹ Roger Gentis, *Les murs de l'asile*, Paris, Librairie François Maspero, 1970, p. 23 et p. 29.

⁸⁵² Roger Gentis, *ibid*, p. 83.

⁸⁵³ Pour Philippe Rappard, "les antipsychiatres refusent de réadapter les malades à une société pourrie" (*La folie et l'Etat*, op. cit., p. 92). Roger Gentis formule en ces termes le problème de la demande sociale faite au psychiatre : "quand on voit tout ce qu'il faudrait faire pour soigner, mais vraiment soigner un seul malade et toute la connerie qu'il faudrait soigner autour de lui pour avoir un minimum d'asepsie, on se prend la tête dans les mains si les bras vous sont pas encore tombés et on se dit j'y arriverai jamais, c'est pas possible que j'y arrive" (Roger Gentis, *Les murs de l'asile*, op. cit., p. 87).

⁸⁵⁴ G. Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, op. cit., p. 208.

A-2- L'INVOCATION D'APPARTENANCE À LA DISCIPLINE MÉDICALE

Récemment, les psychiatres consultés par la Direction de la Santé ont manifesté leur volonté de renforcer la formation des professionnels en santé mentale, par une affirmation du "rôle de la psychothérapie dans le champ du soin, en tant que traitement psychologique des troubles psychiques"⁸⁵⁵. Le Comité d'action Syndicale de la Psychiatrie (CASP) faisait également du psychiatre le seul compétent pour poser la nécessité d'une psychothérapie et affirmait : "la psychiatrie appartient au domaine médical"⁸⁵⁶. Nous allons voir que la dimension médicale de la psychiatrie de secteur, loin de s'identifier à la dimension technique d'un métier, recouvre généralement deux exigences, l'une déontologique, l'autre méthodologique.

1. Une exigence déontologique

Selon Georges Lantéri-Laura, le domaine de la pathologie mentale constitue une référence qui permet, de manière itérative, d'illustrer l'arbitraire des limites que l'on assigne au moral et au pathologique⁸⁵⁷. Ici, les psychiatres de service public insistent sur la nécessité de réduire au maximum la dépendance de la mission médicale à une politique de gestion du social, conformément à l'article 5 du Code de déontologie médicale⁸⁵⁸ d'après lequel le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

De ce principe, découle logiquement le principe du secret professionnel et la restriction de la mission médicale aux soins : suspendre le jugement social sur la maladie n'est pas une nécessité technique mais déontologique. D'après notre terrain, globalement, un premier niveau de rattachement des psychiatres de secteur à la médecine réside dans la revendication de l'aspect déontologique de la discipline bien plus que de l'aspect technique.

Le chef de service d'un secteur du Vinatier se définissait ainsi avant tout comme médecin :

"D'abord, c'est une discipline médicale. Je suis psychiatre et je suis médecin mais évidemment je serais incapable de soigner un infarctus ou une appendicite.

⁸⁵⁵ Comité consultatif de santé mentale, réunion du 19 octobre 2001, Groupe de travail mis en place avec la DGS et la DHOS dans le cadre des protocoles d'accords gouvernement-syndicats de mars 2000, Groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale, p. 8 (Documents DGS).

⁸⁵⁶ Olivier Boitard, Président du CASP, "Douze points pour construire l'avenir de la psychiatrie", point 6, La Lettre de la Psychiatrie Française, avril 2002, //psychiatrie-fr.com. Le CASP regroupe l'Union Syndicale de la Psychiatrie, Syndicat National de la Psychiatrie Publique, le Syndicat Universitaire de la Psychiatrie, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, le Syndicat des Psychiatres Français, le Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés.

⁸⁵⁷ Georges Lantéri-Laura, in *Actualité de Georges Canguilhem*, Actes du Xème Colloque de la Société Internationale d'histoire de la psychiatrie, Institut Synthélabo, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998, p. 1956.

⁸⁵⁸ Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, JO du 8 septembre 1995. Cf. annexe.

Mais c'est tout ce qui relève de la médecine au sens noble du terme : le serment d'Hippocrate, le secret... "⁸⁵⁹

La médecine comme art suppose la reconnaissance du caractère singulier de la situation de soins et impose une déontologie, c'est-à-dire un ensemble d'attitudes du médecin face à des situations concrètes. Affirmer une identité médicale, c'est dans l'esprit des psychiatres moins une défense de l'exactitude des données de la discipline que la revendication d'un statut de tiers de la médecine entre le patient et la société :

"Ca remet un tiers : le tiers de la théorie, du serment d'Hippocrate... de la médecine quoi. C'est le tiers de la science. On est des scientifiques aussi"⁸⁶⁰ .

Le rappel d'une intégration au corps médical doit aussi enjoindre le praticien à se prémunir d'une conception esthétisante de la folie jugée proche d'une attitude psychiatrique :

"Alors on peut tomber dans la fascination de la pathologie mentale au point de ne plus vouloir soigner. Un peu comme l'anti-psychiatrie. C'est tellement beau un schizophrène ! D'où l'intérêt de revenir à nos origines médicales : on est médecin, on est là pour soigner".⁸⁶¹

2. Une démarche médicale

Il est rarissime que le psychiatre de secteur ne fasse pas référence à sa qualité de médecin pour définir sa propre identité. Un seul psychiatre, parmi ceux que nous avons rencontrés, qui assure une consultation privée de psychanalyste à mi-temps, nous a soutenu que la psychiatrie était "tombée" du côté de la médecine par hasard. Il partage cependant avec ses collègues la conviction que les médicaments constituent un moyen très relatif de soigner :

"La psychiatrie s'est retrouvée du côté de la médecine et on nomme maladie ce qui se traite avec des médicaments, des problèmes cliniques graves qui ne seraient peut-être pas de l'ordre de la médecine. D'une culture on fait un problème médical. Mais on ne sait pas ce que font les médecins : apaiser, atténuer, assouplir des symptômes insupportables pour le patient et son entourage".⁸⁶²

Revendiquer une démarche médicale identique à celle propre aux soins somatiques constitue un second niveau de définition identitaire ("Par rapport à la médecine, on a la même démarche, la même méthode : on a un patient, on retrace les antécédents, l'histoire de la pathologie, et on réfléchit sur une hypothèse diagnostique, puis le diagnostic et on traite"⁸⁶³). C'est une méthode scientifique qui est revendiquée : la

⁸⁵⁹ Entretien avec le Docteur Ajonc.

⁸⁶⁰ Ibid.

⁸⁶¹ Ibid.

⁸⁶² Entretien avec le Docteur Achillée.

⁸⁶³ Entretien avec le Docteur Lavande.

trilogie étiologie/diagnostic/pronostic doit caractériser la psychiatrie comme entreprise de connaissance ("C'est le tiers de la science. On est des scientifiques aussi")⁸⁶⁴.

Plus rarement, l'identité médicale du psychiatre est strictement restrictivement associée à la possibilité de prescrire des médicaments ("c'est l'action biologique"⁸⁶⁵). La compétence du médecin est requise pour le domaine socio-professionnel en matière d'arrêt de travail ou d'allocation "adulte handicapé". Mais lorsque le psychiatre se voit effectuer des démarches qui dépassent ce cadre pour s'identifier complètement à un travail d'ordre social, se poser comme tiers vis-à-vis du social entraîne un malaise. A titre d'exemple, nous citerons le cas d'un jeune psychiatre intégrant dans la pratique la recherche d'un logement :

"La maladie mentale reste tabou et donc la psychiatrie serait une spécialité apartheid. Comme psychiste, on doit se démerder pour trouver un logement social. On s'octroie ce droit à tort ou à raison. On a parfois une fonction qui dépasse le soin, de "gentils organisateurs" mais ça concourt au bien être du patient"⁸⁶⁶.

Cette fonction qui dépasse le soin, nous allons l'aborder maintenant en ce qu'elle constitue pour les psychiatres de secteur, une nécessité absolue. La question du handicap est paradigmatique du trait identitaire que nous voulons spécifier à ce stade de notre développement, celle du caractère public de la prise en charge psychiatrique l'est également. Nous allons voir maintenant comment les psychiatres ont revendiqué pour le handicap une définition moins civile que civique et comment ils défendent aujourd'hui pour le secteur une signification plus politique que sociétale.

B- Soigner, un impératif hypothéqué

Dans les années 1970, la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées est critiquée par le corps psychiatrique au motif qu'elle confond la maladie, notion clinique et le handicap, construction sociale. Toutefois, contre le risque de démedicalisation des institutions d'assistance, les psychiatres revendiqueront la participation du secteur à de tels établissements. L'adoption et la pratique de la loi de 1975 sont l'occasion pour les psychiatres de secteur de porter un jugement sur le droit touchant leurs malades et de présenter une conception médico-sociale de la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Cet épisode révèle notamment la façon dont les psychiatres de secteur s'autorisent une parole dans un champ juridico-politique. Nous verrons que les praticiens du secteur continuent à revendiquer une certaine éthique débouchant sur des considérations politiques : la défense d'un service public de secteur est alors au cœur même d'une identité travaillée de l'extérieur de la médecine par des contraintes spécifiques.

⁸⁶⁴ Entretien avec le Docteur Ajonc.

⁸⁶⁵ Entretien avec le Docteur Laurier.

⁸⁶⁶ ***Entretien avec le Docteur Acacia.***

B-1- MALADIE ET HANDICAP

La maladie serait une construction clinique, le handicap une construction sociale. A ces deux notions correspondent des champs institutionnels et des aires de compétence dédiés aux soins ou à l'assistance sociale. Il nous faut évoquer ce qui fut l'objet dans les années 1970 et 1980 d'une résistance psychiatrique conçue comme le prolongement de l'engagement aliéniste formulé depuis 1945. Cette résistance ne concerne pas seulement une opposition de termes mais bien leur traduction institutionnelle : elle est l'occasion pour nous de repérer les signes persistants d'un paradoxe travaillant l'identité des psychiatres de secteur. Ainsi, dans les années 1970 les psychiatres rejettent le concept non médical de handicap mais appellent les pouvoirs publics à donner une place au secteur psychiatrique dans un dispositif d'assistance sociale. Dans les années 2000, ils revendiquent la spécificité d'une pratique de secteur conçue comme un service public.

1. Les ambiguïtés de la résistance à la gestion du handicap

Lors de la Réunion plénière de la Commission des Maladies Mentales du 28 octobre 1976 sur les modalités d'application de la loi de 1975, le Président de cette commission⁸⁶⁷ fonde la différence entre maladie et handicap sur le caractère évolutif de la première et l'aspect figé du premier. Pourtant d'après Henri Ey, qui préside la réunion de la même commission un an après, un travail de recherche entre le normal et le pathologique s'impose afin de dépasser la confusion entre maladie et handicap : si "dans la pratique, il est difficile de tracer la limite entre les deux"⁸⁶⁸ affirme Henri Ey, l'utilisation du terme handicapé demeure "gênante du point de vue de la déontologie" médicale⁸⁶⁹.

Le Rapport présenté au groupe de travail sur le secteur de la Commission des Maladies Mentales et rédigé par Philippe Koechlin en 1977 doit servir pour les psychiatres à élaborer les décrets et circulaires pour l'application de la loi de 1975. Il approuve l'absence de définition a priori du handicap⁸⁷⁰ car elle laisse au psychiatre le soin d'apporter son éclairage technique :

"Tout handicap est le produit d'une maladie... notre rôle médical et psychiatrique est précisément celui, selon l'instant, de découvrir, en favorisant leur réalisation,

⁸⁶⁷ Il s'agit du Docteur Angelergues.

⁸⁶⁸ Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977, p. 5 (Archives DGS). Y participent notamment Jean Ayme, le Professeur Bourguignon, Charles Brisset, Georges Daumézon, Jean Demay, Roger Misès, Nicole Horassius, le Professeur Kammerer, Philippe Koechlin et Hubert Mignot, plusieurs représentants des Ministères de la Justice, de l'Intérieur, du Travail et de la Santé, et Mademoiselle Mamelet, le sous directeur des Actions de soins et de rééducation à la Direction Générale de la Santé.

⁸⁶⁹ Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977, p. 2 (Archives DGS).

⁸⁷⁰ Rapport "Handicap et maladie, A propos de la loi d'orientation du 30 juin 1975", présenté au groupe de travail sur le secteur de la Commission des Maladies Mentales, par Philippe Koechlin, Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977 p. 2 (Archives DGS).

les virtualités d'évolution dans le sens de l'autonomie" ⁸⁷¹ .

Mais cette absence de définition a priori suscite une controverse au sein même de la Commission des Maladies Mentales. D'un côté en effet, on redoute une extension du statut de handicapé à une catégorie démesurément élargie ⁸⁷² entraînant un retour à terme "à un système de ségrégation" ⁸⁷³ au point de proposer que la psychiatrie n'est pas concernée par la nouvelle législation ⁸⁷⁴ ; de l'autre, on trouve paradoxal de vouloir exclure la maladie mentale de la loi du 30 juin 1975, "la psychiatrie étant par essence médico-sociale" ⁸⁷⁵ .

Un argument de type thérapeutique s'ajoute à cette position. En effet, si l'indistinction entre le trouble psychique et l'affection physique légalisée par l'article 1er de la loi de 1975 va dans le sens de ne pas donner aux malades mentaux un statut social particulier, la Commission des Maladies Mentales rappelle la spécificité des troubles psychiques par rapport à ceux d'ordre physique : "l'expérience quotidienne nous a démontré que ce type de reconnaissance, même officieuse d'une déficience a toujours un caractère figéant" ⁸⁷⁶ . L'impossibilité de définir les capacités d'un sujet dans le cadre de performances chiffrables constitue l'ultime argument d'opposition au statut de handicapé. La loi de 1975 est donc critiquée au motif que la notion de handicap est a-scientifique : le psychiatre n'a donc pas à se situer comme "expert en invalidation" ⁸⁷⁷ .

Le présupposé fondamental de la critique formulée à la Commission des Maladies Mentales réside dans la défense du médecin comme tiers du social. Ainsi, le terme médico-social du titre de la loi de 1975 risquerait "de ne plus laisser jouer la contradiction entre le médical et le social" ⁸⁷⁸ . En introduisant des lignes de clivages opposant en pratique le champ du handicap et celui de la maladie ⁸⁷⁹ , l'allocation adulte handicapé

⁸⁷¹ *Ibid*, p. 3.

⁸⁷² Roger Misès, Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977, p. 2 (Archives DGS).

⁸⁷³ Philippe Koechlin, "Handicap et maladie, A propos de la loi d'orientation du 30 juin 1975", Rapport présenté au groupe de travail sur le secteur de la Commission des Maladies Mentales, par Philippe Koechlin, p. 4 (Archives DGS).

⁸⁷⁴ Le Docteur Liberman opte pour la restriction de son application à des cas très lourds ; il craint qu'autrement il y ait des abus similaires à ceux existants pour les pensions de la sécurité sociale que les familles s'approprient. Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977, p. 5 et p. 7 (Archives DGS).

⁸⁷⁵ Professeur Bourguignon, Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977, p. 5 (Archives DGS).

⁸⁷⁶ La spécificité des troubles psychiques réside "essentiellement dans la prédominance donnée à l'aspect relationnel des troubles, et la tendance à recourir à des comportements régressifs". *Ibid*, p. 5 (Archives DGS).

⁸⁷⁷ Texte de travail pour les membres de la Commission Demay, coordination assurée par B. Chouraqui (Archives DGS). L'exemple de l'Italie est avancé pour exiger l'abolition des institutions spécialisées comme préalable à la mise en pratique d'une politique d'éducation intégrée. En Italie en effet, plusieurs lois récentes permettent aux handicapés d'être intégrés dans le système scolaire général et aux enseignants de recevoir une formation spécialisée.

risque d'organiser, de structurer et perpétuer le handicap dont elle détient sa raison d'être⁸⁸⁰ même si le soulagement matériel des familles est jugé utile. Le Sous directeur des actions de soins et de rééducation, Mademoiselle Mamelet craint en ce sens que la loi de 1975 ne prenne la suite de celle de 1838, dans une "application antipsychiatrique et anti-thérapeutique"⁸⁸¹.

Cette position resurgira dans le Rapport Demay commandé par Jack Ralite en 1982. En effet, les auteurs du Rapport rappellent que les troubles psychoaffectifs, les désordres de la pensée et de l'affectivité ou les désordres de la conduite posent d'emblée la question des libertés, liberté à l'intérieur du groupe social et liberté individuelle. Le Rapport Demay caractérise alors la spécificité des professionnels de la psychiatrie par "l'affrontement en permanence à la double contradiction entre les besoins de la personne souffrante et les exigences de l'ordre social, entre la fuite et le repli de la personne et le rejet de la collectivité"⁸⁸². La fonction de défense du patient vis-à-vis du corps social et vis-à-vis des puissances de tutelle des professionnels du champ de la psychiatrie implique alors l'abstraction des valeurs morales, sociales, politiques dominantes des soignants. La contradiction que nous souhaitons mettre en valeur provient dès lors d'une double affirmation : le psychiatre est à même d'évaluer l'autonomie du patient en fonction de l'évolution de sa maladie, autonomie conçue comme "condition de désaliénation vis-à-vis de la société"⁸⁸³ ; le psychiatre ne doit pas être expert en invalidation car la notion de handicap est sociale et non médicale⁸⁸⁴.

L'opposition frontale des psychiatres au terme de handicap ne doit pas occulter leur volonté de participer au dispositif social que la loi de 1975 enjoint à inventer. Puisque la crainte est vive d'une multiplication de structures d'assistance sans réelle dimension

⁸⁷⁸ Docteur Angelergues, Réunion plénière de la Commission des Maladies Mentales du 28 octobre 1976 sur les modalités d'application de la loi de 1975, p. 2 (Archives DGS).

⁸⁷⁹ Roger Misès, Procès verbal PV de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977 sous la présidence de Henri Ey, p 3 (Archives DGS).

⁸⁸⁰ Docteurs Mignot et Angelergues, Réunion plénière de la CMM du 28 octobre 1976 sur les modalités d'application de la loi de 1975, p. 6 (Archives DGS).

⁸⁸¹ Docteur Liberman, *ibid*, p. 3 (Archives DGS).

⁸⁸² Docteurs M. et J. Demay, "Une voix française pour une psychiatrie différente", *op. cit.*, p. 19 (Archives DGS).

⁸⁸³ "Il n'y a pas de désaliénation possible sans un minimum d'autonomie économique vis-à-vis de l'entourage familial et vis-à-vis de la société. Les efforts des soignants pour permettre aux patients d'accéder à l'autonomie doivent passer par une conception de la solidarité avec eux qui prend en compte la réalité socio-économique. Si l'accès à l'autonomie passe par une phase nécessaire de dépendance, celle-ci ne doit être que temporaire" (Rapport Demay, *op. cit.*, p. 20).

⁸⁸⁴ Le Rapport Demay manifeste le refus, "au nom de la spécificité de la démarche thérapeutique en psychiatrie, de référer respectivement la prévention, la guérison, et l'assistance, à la normalité, la normalisation, et l'invalidation" (Rapport Demay, *op. cit.*, p. 21).

soignante. Les psychiatres de service public envisagent comme remède à une potentielle démedicalisation des institutions à créer⁸⁸⁵ dans le cadre de la loi de 1975 par la participation du personnel du secteur au fonctionnement des nouvelles structures. Cette issue doit éviter une séparation entre malades aigus et chroniques tant combattue par les pionniers du secteur. A la Commission des Maladies Mentales, l'idée de reconvertir certains hôpitaux en structures d'accueil pour handicapés est loin de faire l'unanimité⁸⁸⁶ ; elle n'est envisagée que par certains à la seule condition que ces établissements s'ouvrent par convention avec les services de secteur⁸⁸⁷.

Les critiques les plus virulentes sont formulées à l'endroit des commissions d'éducation spéciale et COTOREP, instances de décision de l'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé. D'après la loi de 1975 d'une part, il n'est pas obligatoire de tenir compte de l'avis de l'équipe soignante qui connaît la personne. D'autre part, l'article 46 de la loi ne prévoit pas non plus que l'équipe psychiatrique participe à l'organisation de la vie collective des groupes de patients et de l'encadrement dans les structures sociales à créer. L'article 47 du même texte empêche de surcroît l'accueil de sujets n'ayant pas été au préalable en hospitalisation psychiatrique.

De telles dispositions sont de nature à accroître la crainte des psychiatres d'une démedicalisation des institutions d'assistance⁸⁸⁸. La Commission des Maladies Mentales⁸⁸⁹ fera donc part à l'Administration des réserves considérables formulées à l'encontre de la loi du 30 juin 1975.

Six ans après l'adoption de la loi de 1975, le bilan établi par la Commission des Maladies Mentales est le suivant : la réponse apportée par le biais des structures officielles pour les handicapés mentaux (CAT, ateliers protégés, foyers de réadaptation, foyers d'hébergement, MAS, etc.) est trop univoque et la mixité des genres au sein de tels établissements, par exemple entre psychopathes et débiles mentaux, est préjudiciable aux patients⁸⁹⁰. Les institutions nouvellement créées demeurent peu médicalisées et refusent souvent les anciens malades psychiatriques⁸⁹¹.

⁸⁸⁵ Les psychiatres de la Commission des Maladies Mentales appréhendent également un phénomène d'aspiration pour toute création de place en institution.

⁸⁸⁶ Le Docteur Jean Ayme y est défavorable par exemple, Réunion plénière de la Commission des Maladies Mentales du 28 octobre 1976 sur les modalités d'application de la loi de 1975, p. 4 (Archives DGS).

⁸⁸⁷ Docteur Lebovici et Docteur Demay, Réunion plénière de la Commission des Maladies Mentales du 28 octobre 1976 sur les modalités d'application de la loi de 1975, p. 4 et p. 7 (Archives DGS).

⁸⁸⁸ "Handicap et maladie, A propos de la loi d'orientation du 30 juin 1975", Rapport présenté au groupe de travail sur le secteur de la Commission des Maladies Mentales, présenté par Philippe Koechlin, p. 8 (Archives DGS).

⁸⁸⁹ Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977, sous la présidence de Henri Ey, p. 7 (Archives DGS).

⁸⁹⁰ Groupe de travail "Handicap et santé mental" DGS et CMM le 12 novembre 1981 : note du Docteur Liberman, p. 4 (Archives DGS).

En 1982, le débat sur les rapports entre le soin et l'assistance persiste. Guy Baillon, qui participe à l'élaboration du Rapport Demay, rédige un document intitulé "Des principes d'une conception législative" dans lequel il dénonce la substitution de l'internement administratif de la loi de 1838 au placement social prévu par la loi du 30 juin 1975⁸⁹². Pour autant, l'essentiel des propositions d'aide prévues par la loi de 1975 sont jugées indispensables ; ce qui manque surtout pour Guy Baillon, c'est "un droit aux soins et des ressources, déclenchés pour un temps déterminé, par prescription médicale"⁸⁹³. Le Rapport Demay taxera finalement la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées de "loi de compensation" dans son application et non de "réparation"⁸⁹⁴ au motif qu'elle aménagerait l'existant à la mesure de dimensions négatives, conduisant à un "enclavement peu ouvert et mobile, sous le double maléfice de l'assistance et de la mise à l'écart"⁸⁹⁵.

Nous venons de voir comment les psychiatres définissent le rapport entre le handicap et la maladie, en reliant leur définition aux champs pratiques qu'elle recouvre. Nous allons désormais analyser la manière dont les contraintes des champs sanitaire et social ont pu jouer au cours des années 1980 dans le sens tant redouté par les psychiatres.

2. Une concurrence de champs

La Commission des Maladies Mentales⁸⁹⁶ réétudie le problème du handicap en juin 1985. Elle conclue alors à la nécessité d'inventer un nouveau cadre juridique destiné à encadrer des lieux de vie où les malades mentaux très handicapés puissent trouver une aide à la vie quotidienne, des soins, ainsi que des centres de réinsertion mettant en œuvre des moyens de caractère social et médical. La loi de 1975 n'a en effet pas débouché sur de telles structures.

⁸⁹¹ Docteur P. Noël, du Centre Hospitalier Spécialisé de Maison Blanche (Document de travail préalable au Rapport Demay, "Les institutions psychiatriques", 1982, p. 6). Le Docteur Liberman propose de développer des structures d'accueil pour des jeunes adultes psychotiques stabilisés ne nécessitant plus de soins intensifs mais incapables de s'insérer dans des structures de travail ordinaires. Il faut pour eux des CAT spécialisés, des foyers de post-cure et de réadaptation pour psychotiques chroniques, des foyers thérapeutiques, des appartements, clubs, communautés, etc. Groupe de travail "Handicap et santé mentale", DGS et CMM le 12 novembre 1981, p. 4 (Archives DGS).

⁸⁹² Document du 9 juin 1982, p. 4 (Archives DGS).

⁸⁹³ *Ibid*, p. 5.

⁸⁹⁴ Les auteurs du Rapport Demay vont même jusqu'à rappeler que, dans l'Histoire, des mesures de protection supplémentaires apparentes interviennent toujours pour combler la pénurie des actions sociales et médicales.

⁸⁹⁵ Les auteurs du rapport appellent en conséquence à "résoudre des difficultés graves en les situant toujours dans le cadre d'un Droit commun qui reconnaisse les personnes comme sujets et non comme objets, et qui évite de les enfermer dans un statut de mise à l'écart, de passivité et d'oubli" (Rapport. Demay, *op. cit.*, p. 31 et p. 32).

⁸⁹⁶ Commission des Maladies Mentales, Groupe 6 "Marges et limites de la psychiatrie".

Cette loi d'orientation envisageait en fait deux ordres de prestations visant la compensation du handicap : en espèces ou en nature. S'agissant des services en nature, la loi du 22 juillet 1983 a attribué au département la charge des prestations légales d'aide sociale, notamment pour les foyers de vie. Dès lors, de nombreux conseils généraux ont voulu mettre fin à leur participation à l'hébergement sur l'argument que la prise en charge des malades mentaux revenait à l'Etat malgré des accords entre les caisses régionales d'assurance maladie et les départements. La répartition des compétences entre les collectivités territoriales et l'Etat furent donc préjudiciable aux malades mentaux⁸⁹⁷. En pratique, les prestations en nature, et notamment l'hébergement, font défaut pour les handicapés du fait de leur maladie mentale. Seule la voie associative constitue dès lors un moyen de remédier partiellement à ce problème.

Aucun texte réglementaire pris en application de la loi de 1975 ne s'adresse aux personnes dont le handicap du fait d'un trouble mental rend nécessaire une aide à la vie quotidienne et d'un hébergement en institution. Le formulé de la loi est en partie responsable de cette situation. En effet, son article 46 prévoit la création "d'établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants". Ce qui pose problème, c'est d'une part l'indétermination de la notion de "minimum d'autonomie" et d'autre part le fait que "la surveillance médicale" et les "soins constants" correspondent à une prestation sanitaire relevant d'un financement de la sécurité sociale. Toutefois, l'article 47 de la loi de 1975 prévoit que la Sécurité Sociale ou l'aide sociale peut prendre en charge les dépenses exposées dans les établissements recevant des malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent "temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale". Concrètement, cela signifie que la prise en charge médicale de malades mentaux ne peut intervenir qu'après une hospitalisation, et ce, pour une durée limitée à six mois dans des maisons de repos et de convalescence ou des maisons de santé pour maladies mentales, conformément à un décret de 1956⁸⁹⁸. Le décret du 26 décembre 1978 a pourtant bien créé de nouvelles structures, les Maisons d'Accueil Spécialisé, mais il exclut "les personnes ayant conservé quelque autonomie ou dont l'état de santé ne nécessite pas une surveillance médicale et des soins constants" et les malades mentaux ayant un handicap qui n'est ni "intellectuel, physique ou sensoriel".

Les propositions visant à remédier à cet ensemble d'obstacles, formulées par le Docteur Martine Barres⁸⁹⁹, conseiller technique à la sous direction de l'organisation des soins et des Programmes médicaux se retrouveront à la lettre dans le Rapport

⁸⁹⁷ Le Docteur Martine Barres, conseiller technique à la Sous-direction de l'Organisation des Soins et des Programmes Médicaux signalait en 1986, en accord avec les représentants de la psychiatrie, que "aucune collectivité ne s'estime concernée par cette forme d'aide sociale hormis quelques municipalités et quelques organismes". Martine Barres évoque les structures qui pourraient convenir : appartements thérapeutiques, foyers de vie nécessitant une présence médicale régulière sinon continue d'un infirmier psychiatrique, CAT avec des ateliers spécifiques pour les malades mentaux handicapés, etc. (Martine Barres, Note sur "l'insertion sociale et les soins aux malades mentaux handicapés", DGS, Bureau 3C, mars 1986, p. 1, Documents DGS).

⁸⁹⁸ Annexes 19 et 23 du décret de 1956.

Zambrowski⁹⁰⁰. Les discussions préalables à l'élaboration de ce rapport feront néanmoins état d'une difficulté supplémentaire⁹⁰¹ : comme le sanitaire relève de la loi du 31 décembre 1970 et le social de la loi du 30 juin 1975, un établissement sanitaire ne peut gérer un établissement médico-social. Les conseils départementaux de santé mentale ne peuvent donc avoir une politique globale en matière de lutte contre la maladie mentale puisque la loi de 1975, qui ne tient pas compte de la sectorisation psychiatrique, empêche de dépasser le "vieux clivage médical-social"⁹⁰².

Puisqu'il existe un verrou législatif empêchant de faire gérer des établissements sociaux par des établissements sanitaires, des psychiatres constituent des associations pour créer des "appartements à visée sociale"⁹⁰³. La solution pourrait bien consister dans le redéploiement, par convention, du personnel psychiatrique dans les établissements sociaux⁹⁰⁴.

Mais les réticences au décloisonnement sanitaro-social persistent aussi du côté psychiatrique, pour des raisons liées à certains principes de la psychothérapie institutionnelle. Ainsi, le Docteur Geier, Secrétaire général du Syndicat des Psychiatres Français en 1986, formule ainsi sa crainte de voir les soins dans les établissements sociaux "parcellisés", de sorte que l'institution elle-même ne soit plus soignante et dérive vers un "asile pour handicapés"⁹⁰⁵.

⁸⁹⁹ Martine Barres proposait en 1986 de revoir la loi de 1975 pour intégrer le handicap mental, aux autres handicaps, éliminer la condition d'hospitalisation, remplacer la "surveillance médicale" par "des soins à temps partiel ou ponctuel et éventuellement un suivi régulier en leur lieu de résidence", et appelait à la mise en pratique d'une solution mixte de financement, elle-même prévue par la loi (l'hébergement financé par le département et les soins par la sécurité sociale). Elle en appelait également à une interprétation large du "minimum d'autonomie" requis par la loi, et à l'application pratique des hébergements pour personnes handicapés prévus par la loi de 1975 (Note du Docteur Martine Barres, *op. cit.*, p. 8. et p. 10, Documents DGS).

⁹⁰⁰ Rapport Zambrowski, p. 157. Madame Barres a largement contribué au travail d'élaboration de ce rapport.

⁹⁰¹ Compte rendu de la réunion du 29 juillet 1986 du groupe de travail sur la psychiatrie présidé par le Docteur Zambrowski, p. 6 (Documents DGS).

⁹⁰² Docteur Reynaud, psychiatre, M. Massat, Directeur d'hôpital, "Notes pour introduire le débat sur l'évolution du système public de santé mentale", Travail préalable au Rapport Zambrowski, automne 1986, p. 16 (Documents DGS).

⁹⁰³ Docteur Reynaud (psychiatre), Compte-rendu de la réunion du 18 septembre 1986, Groupe de travail Zambrowski, "Les handicapés", p. 3 (Documents DGS).

⁹⁰⁴ La restructuration des CHS est envisagée selon deux axes : la réaffectation du patrimoine à des unités d'hospitalisation non psychiatrique de court et long séjour, et à des unités sociales ou médico-sociales comportant un hébergement, et le redéploiement et la transformation d'emplois du personnel soignant des CHS. Quatre mesures sont proposées : la création de postes de psychiatrie temps plein par transformation de poste pour atteindre 3 postes temps plein par secteur, avec une politique de recrutement dans des zones défavorisées, la création de postes de psychiatres à temps partiel par la transformation de postes (permettant un lien entre la psychiatrie publique et privée), la réservation de l'essentiel du potentiel soignant au développement de structures et prestations en extra-hospitalier et la possibilité de gérer des institution sociales ou médico-sociales par l'établissement hospitalier. p. 48.

En bref, le pouvoir réglementaire a appliqué de manière extrêmement restrictive les dispositions de la loi de 1975 prévoyant la création d'établissements ou services d'accueil et de soins. Les Maisons d'Accueil Spécialisées excluent les personnes ayant conservé quelque autonomie ou dont l'état de santé ne nécessite pas une surveillance médicale et des soins constants, et avec elles notamment "la catégorie de malades mentaux stabilisés et pourtant incapables de vivre seuls"⁹⁰⁶.

B-2- LE CARACTÈRE PUBLIC DE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR

Les médecins des hôpitaux psychiatriques présents aux Journées psychiatriques de 1966 spécifiaient les tâches pesant sur les institutions proprement publiques : soigner toutes les catégories de malades mentaux impliquait de prendre en charge les plus démunis et les plus perturbateurs. Ces deux aspects continuent de faire partie de la définition que les psychiatres de secteur donnent d'eux-mêmes. Le caractère public de la psychiatrie de secteur renvoie donc à deux dimensions selon les praticiens : celle d'une médecine collective devant permettre un soin psychique à tous, même les plus défavorisés, celle de contraintes que les services psychiatriques non publics n'ont justement pas. Du coup, ce qui est perçu comme niant cette double condition est naturellement interprété comme une négation de l'idée de secteur.

1. Une contrainte de service public

L'attachement à un service public rendu possible par la disponibilité du secteur vis-à-vis d'une certaine population se traduit par une méfiance vis-à-vis des Centres Hospitalo-universitaires (CHU), en ce qu'ils pratiquent une sélection de leurs malades. L'opposition entre la psychiatrie universitaire et la psychiatrie de secteur est ancienne : nous l'avons vu, elle a pu se cristalliser au moment de la séparation entre la neurologie et la psychiatrie.

Everett Hughes a fait de la distinction entre théorie et pratique l'un des facteurs principaux de division d'une profession :

"On accuse les écoles professionnelles qui préparent à l'exercice des professions d'être trop 'universitaires', tandis que les universitaires accusent d'autres praticiens de ne pas être suffisamment intellectuels".⁹⁰⁷

⁹⁰⁵ Compte rendu de la réunion du 18 septembre 1986, "Les handicapés", *op. cit.*, p. 3 (Archives DGS).

⁹⁰⁶ Yvon Gasser, président de l'UNAFAM, s'indigne contre la situation d'exclusion faite aux handicapés du fait de la maladie mentale : "Quand comprendra-t-on que l'on peut être un handicapé mental grave sans pour autant être incapable de faire sa toilette ?", déclarait-il pour désigner le décalage entre le Droit et la réalité clinique. Gasser souhaite en outre que soient distingués les textes concernant "la réadaptation et la réinsertion sociale" de ceux qui "réglementent ont pour objet d'assurer les conditions de vie qui permettent le maintien au meilleur niveau de sociabilité" Document rédigé par Yvon Gasser, pdt UNAFAM, 18 septembre 1986, groupe de travail Zambrowski, "Le problème des malades mentaux handicapés", p. 4, p. 7 et p. 9 (Documents DGS).

⁹⁰⁷ Everett Hughes, traduction de "Professions", *Daedalus*, 92, n°4, 1963, p. 655-668, in *Le regard sociologique*, textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulié, Editions de l'EHESS, p. 113.

Cette distinction entre théorie et pratique ne semble que partiellement appropriée pour la lecture des rapports entre psychiatrie universitaire et psychiatrie de secteur. Nous préférons revenir plutôt dans un premier temps sur les contraintes objectives pesant sur les pratiques universitaires et sectorisées. Premièrement, il convient de signaler que certains hôpitaux universitaires maintiennent en dehors des secteurs leurs services de psychiatrie. Ainsi, à Paris, aucun hôpital de l'Assistance Publique n'est le siège d'un secteur de psychiatrie générale⁹⁰⁸. Cet état de fait produit nécessairement une identité particulière chez les psychiatres de secteur parisiens.

Ainsi, ici, on fera de l'impossibilité de "trier les cas cliniques" le cœur de l'identité de la psychiatrie de secteur. Là, on avancera que les praticiens hospitalo-universitaires ne s'encombrent pas des patients "difficiles" au niveau comportemental :

"Ils choisissent les patients à suivre et envoient les autres aux secteurs. Ils nous envoient ceux qui ne sont pas guéris au bout de trois semaines !" ⁹⁰⁹ "C'est différent en milieu universitaire, qui n'est pas sectorisé : le professeur choisit les patients. Il y a deux sortes de biais : ou la pathologie est particulière et pose un problème thérapeutique correspondant au service spécialisé dans cette pathologie, ou bien on évite les patients compliqués au niveau comportemental, très agités. C'est un travail relativement confortable. On se spécialise et ceux qui posent problème on les envoie ailleurs". ⁹¹⁰

Une autre différence préside aux représentations des psychiatres de secteur : les CHU seraient plus biologisants ou plus médicalisés que les services sectorisés. Là où Hugues fonde la différence entre l'Université et les autres lieux de formation professionnelle par un attachement plus ou moins grand à la théorie, les psychiatres de secteur évoquent une différence avec les praticiens hospitalo-universitaires sur le degré de médicalité des pratiques soignantes, sur le même mode que dans les années 1960 : "En CHU, c'est la blouse, le chariot et la psychiatrie est de plus en plus assimilée à une spécialité médicale comme les autres" affirme ainsi un psychiatre trentenaire⁹¹¹ ; "les internes vont dans des services CHU où l'on fait beaucoup de psychiatrie biologique» déplore un psychiatre cinquantenaire⁹¹². En province, l'ouverture de services psychiatriques à l'hôpital général notamment dans les services CHU est perçue comme la cause d'un "un vent de biologisation qui a changé la pratique de secteur".⁹¹³ Ce qui compte alors pour notre analyse, c'est que les psychiatres de secteur considèrent que la psychiatrie universitaire

⁹⁰⁸ Cour des Comptes, Rapport au Président de la République, Observations des juridictions financières, Chapitre III, "L'organisation des soins psychiatriques", Chapitre III "Action sociale et sanitaire", 2000, www.ccomptes.fr.

⁹⁰⁹ *Entretien avec le Docteur Armoise.*

⁹¹⁰ *Entretien avec le Docteur Mazen Hamdan.*

⁹¹¹ Entretien avec le Docteur Bleuet.

⁹¹² Entretien avec le Docteur Armoise.

⁹¹³ Entretien avec le Docteur Bleuet.

dite biologisante dénature d'une certaine façon la disponibilité au social propre au secteur.

La dimension publique de la psychiatrie de secteur représente aussi la contrainte publique qui peut s'exercer à l'égard de personnes atteintes de troubles mentaux que l'on contraint au soin, sur demande d'une tierce personne ou sur décision administrative. Un jeune psychiatre associait ainsi spontanément le mot "publique" de la psychiatrie publique au rôle de garant de l'ordre social que les pouvoirs publics assignent aux médecins du secteur. Il affirmait ainsi :

"De la psychiatrie publique, c'est d'une part le mot publique qui signifie qu'on accueille tout ce qui est compliqué en terme de violence, de tout ce qui est à la limite (et plus seulement des psychotiques). C'est ça l'identité de service public. La psychiatrie, on sait bien que ça recouvre des pratiques très différentes et c'est compliqué de savoir ce qui nous rapproche. On peut tous se retrouver dans deux choses très différentes ... le rôle social : garant d'une stabilité sociale, d'une protection de la société par rapport à la maladie mentale" ⁹¹⁴

Le psychologue, membre d'une équipe de secteur parisienne, définissait quant à lui la psychiatrie comme "une invention touchant l'ordre public", "pas très loin de la police"⁹¹⁵. Un infirmier de secteur retenait de la contrainte la difficulté supplémentaire qu'elle constitue pour faire naître une relation thérapeutique, par rapport à la médecine somatique⁹¹⁶.

2. Une disponibilité de service public

Depuis les débuts de la psychiatrie de secteur, les médecins des hôpitaux psychiatriques puis les psychiatres des hôpitaux ont constamment appelé à une collaboration avec la psychiatrie libérale. Cette exigence est justifiée dans les années 1960 par une double nécessité : développer les collaborations du personnel du secteur avec les professionnels impliqués tout au long de la trajectoire des patients ; trouver le volume en effectif psychiatrique suffisant pour honorer les missions du secteur⁹¹⁷.

A l'époque, Charles Brisset et Hubert Mignot font des relations spécifiques du patient avec son psychothérapeute mais également avec d'autres médecins, des psychologues, des infirmiers et des travailleurs sociaux une condition déterminante de la cure du malade mental. La doctrine de secteur n'a donc pas vocation à étouffer l'exercice privé de la psychiatrie, "d'autant que les établissements privés ne sont pas tous le fait de l'initiative et du capital privés"⁹¹⁸, mais à inciter les praticiens privés à participer au travail des équipes

⁹¹⁴ *Ibid.*

⁹¹⁵ Entretien avec le Docteur Achillée.

⁹¹⁶ Entretien Monsieur Liseron, infirmier.

⁹¹⁷ Au cours des Journées psychiatriques de 1967, on évoque l'objectif de 3600 psychiatres pour 1970, dont une moitié travaillerait à plein temps et dont l'autre moitié exercerait à temps partiel en conservant une activité libérale. Il y a alors environ 1600 neuro-psychiatres qualifiés dont plus de 1000 en libéral pur. Il y a 600 médecins psychiatres à temps plein dans le secteur public hospitalier et extra-hospitalier, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome III, *op. cit.*, p. 13.

de secteur par des actes, des vacations et des temps partiels. Rien ne s'oppose d'ailleurs à ce qu'un organisme privé prenne en charge un secteur, pourvu qu'il passe avec le secteur public une convention.

Le secteur est apparu historiquement en opposition à l'hospitalo-centrisme. Aujourd'hui, il se présente aussi comme "moyen de défense du service public"⁹¹⁹. L'obligation d'accueillir sinon de soigner tout le monde ("Le secteur était destiné à accueillir tout le monde")⁹²⁰ sans avoir la possibilité de "faire le tri" produit logiquement plus de "commun" entre les psychiatres de secteur qu'avec les psychiatres libéraux. Le fait d'assumer un rôle social en travaillant avec des patients très désocialisés est alors pointé en dépit des modèles théoriques mobilisés :

"On travaille autour du lien : pour des patients très désocialisés, quel que soit le modèle qu'on prend. Et là ça s'oppose un peu au libéral, on peut pas dire non". ⁹²¹

Au final, c'est moins une lutte contre l'hospitalo-centrisme que la défense d'une disponibilité de service public qui est au cœur des définitions du secteur données par les praticiens. Il s'agit alors pour les psychiatres d'insister sur la proximité du service pour la population de tout un quartier :

"Le secteur en gros, c'est un service qui s'occupe d'un quartier, c'est la définition de base. L'idée générale, c'est de faire un travail dans la continuité, un travail de proximité. La pratique de secteur est une pratique de prise en charge de patients sur cette zone géographique, mais aussi un travail de lien entre différentes structures, les familles, les généralistes, l'hôpital général du coin, les commissariats quelquefois (de eux vers nous seulement). C'est le lien avec différentes structures ou intervenants amenés à être en contact avec le patient. Le but de cette pratique, c'est que le patient puisse investir son lieu de vie, se soigner en ambulatoire, être accompagné. Savoir qu'il y a à tout moment un endroit où il (le patient) peut venir et être écouté. En crise ou en état d'angoisse. Un endroit ouvert. Moi je le pratique comme ça." ⁹²²

Le secteur, c'est "offrir un service de proximité", c'est "faire en sorte d'intervenir quand il y a une demande ou un besoin"⁹²³. La notion de besoin sans demande du malade nous renvoie directement à la mission assignée au secteur de recevoir des patients hospitalisés sur demande d'un tiers ou d'office.

⁹¹⁸ Charles Brisset, Hubert Mignot, "Organisation des services publics et problèmes posés par leur articulation avec l'exercice de la psychiatrie en clientèle privée", *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome III, *op. cit.*, p. 29.

⁹¹⁹ Jean Guyotat, Compte rendu de la réunion du 29 juillet 1986 du groupe de travail sur la psychiatrie présidé par le Docteur Zambrowski, p. 5 (Documents DGS).

⁹²⁰ Entretien avec le Docteur Safran.

⁹²¹ *Entretien avec le Docteur Bleuet.*

⁹²² *Entretien avec le Docteur Lavande.*

⁹²³ Entretien avec Monsieur Pigamon.

L'histoire des combats des psychiatres du monde public a opéré sur le mode d'une sédimentation des valeurs prônée sur différents fronts. Une identité de secteur s'est construite sur des principes mais également sur des tensions que les praticiens de secteur éprouvent encore. Au rang des principes, nous avons identifié l'exigence institutionnelle au sens anthropologique du terme comme une donnée centrale de cette identité. Au rang des ambiguïtés, on a vu que la psychiatrie de secteur, parce qu'elle se réfère à la médecine comme éthique, s'impose depuis plusieurs décennies une vigilance quant aux définitions politiques du malade d'une part et de la psychiatrie d'autre part. Autrement dit, les tiraillements des psychiatres naissent bien de leur volonté d'insérer un savoir dans un ensemble socio-politique à partir de la rationalité interne de leurs pratiques. Il s'agit donc de formuler des exigences politiques parce que pratiquant l'écart entre une demande sociale d'exclusion du malade mental et la visée normative de son intégration civique.

Conclusion

Les combats syndicaux évoqués témoignent de la libération des potentialités du savoir, et d'une parole s'autorisant à déborder son milieu pour s'adresser à une société et au politique. La psychanalyse, et même parfois encore la phénoménologie, qui ont pu constituer une ressource pour retrouver ce qui avait été négligé, continue à en être un moyen de questionnements, de révisions et de réformes des pratiques et des représentations. Puisque situer d'emblée les dits et les écrits des psychiatres sur un terrain théorique et doctrinal (psychanalyse, phénoménologie, courants de psychologie...) produit des illusions, ou à tout le moins des visions très partielles de la construction d'une culture professionnelle, puisque des références fortement présentes sont très souvent locales et liées à la personnalité d'un individu éminent⁹²⁴, nous avons cherché à connaître comment s'est formée une culture professionnelle. Il ne s'agissait pas de nier l'efficacité de ces éléments et de ces circonstances mais de poser les conditions de cette efficacité. C'est pourquoi, afin de ne pas faire une pure histoire des idées, nous avons recherché ces conditions du côté de la place occupée par les psychiatres dans un ensemble socio-politique. Les travaux de Hugues⁹²⁵ sur la fabrication d'un médecin avaient déjà pointé cet écueil : dans sa conception, l'existence d'une culture médicale n'est pas faite d'abord de connaissances techniques et médicales, mais d'une conception de la maladie et de la santé. La formation médicale y contribue mais c'est une imprégnation culturelle, condition de la construction d'une identité qui est considérée comme décisive dans la socialisation professionnelle.

⁹²⁴ le cas de la phénoménologie est ici remarquable avec le Professeur Tatossian à Marseille.

⁹²⁵ Everett Hugues, "The making of a physician" (1955), in Everett Hugues, *Le regard sociologique. Essais choisis, op. cit.*, page 116 et suivantes.

Notre effort de ne pas demeurer en deçà ou au-delà d'une compréhension véritablement socio-anthropologique de la notion de culture nous a conduit à découvrir que la culture psychiatrique de secteur n'était pas réductible au savoir savant. Nous avons découvert sa demande de juridicité à travers une exigence spécifique : celle d'un droit commun pour le malade et son psychiatre, droit commun générant son propre milieu, le secteur. Mais la psychiatrie publique s'est risquée, à partir de sa théorie de la pratique, à faire "jouer ses catégories de compréhension non plus dans son champ propre, mais dans l'espace des normes sociales"⁹²⁶. Dès lors, l'inscription dans le droit positif d'exigences thérapeutiques a débouché sur l'hétéronomie de la psychiatrie publique par rapport à d'autres champs non médicaux. Un tiraillement identitaire a dès lors été mis à jour : lorsque la psychiatrie se risque à formuler ses attentes dans un langage juridique porteur d'un discours sur le social, elle renâcle à fonctionner comme une simple technique ; lorsque son savoir est requis pour une gestion du social, elle replie son discours sur sa spécificité médicale. Ce que l'on peut retenir à ce stade de notre développement, c'est que ces tiraillements manifestent une volonté de se situer dans l'intention du législateur chaque fois que des propositions juridiques risqueraient de figer le malade ou le secteur dans une définition prosaïque. L'exigence institutionnelle impose en quelque sorte de se demander "qu'est-ce qu'on institue chez le malade ?" et cette interrogation débouche sur le refus de réduire l'individu malade à un handicapé et le secteur à un territoire. Conserver une signification politique à la pratique psychiatrique de secteur, c'est donc maintenir une intention médicale en instituant une promesse de guérison, et assigner un sens politique au secteur en instituant son caractère public.

Aujourd'hui, des modifications, des ajustements, sont proposés par les pouvoirs publics sous la forme d'un contrat encadré, contrat entre le patient et l'équipe soignante d'une part, contrat entre l'institution psychiatrique et d'autres acteurs d'autre part. Face à de nouveaux modèles de soin, l'inquiétude professionnelle est palpable. A première vue, on pourrait croire au passage d'une culture vécue dans sa construction et son dynamisme à une culture simplement pensée et restituée sur le mode de la nostalgie et de l'amertume, d'autant que "cette culture est d'autant mieux énonçable qu'elle s'objective comme un fait passé (pour l'histoire)"⁹²⁷. Ce qui pose problème quant à la caractérisation de cette culture, c'est qu'elle apparaît sur fond et sur motif de contraste avec une situation actuelle perçue comme angoissante. La conscience du monde psychiatrique se présente "comme une conscience malheureuse, conscience de ce qu'on n'est pas ou de que l'on n'est plus"⁹²⁸. Il nous a donc semblé nécessaire de ne pas nous fier d'emblée au caractère éminemment dichotomique d'une présentation, qui tend à produire une série de contraires, certainement simplificatrice de l'histoire de la psychiatrie publique. Loin

⁹²⁶ Jacques Michel, "Par delà la loi du 30 juin 1838 : la rationalité juridique", *L'information psychiatrique*, volume 64, n°6, juin 1988, pp. 783-792.

⁹²⁷ Jacques Michel et Pauline Rhenter, "L'identité de la psychiatrie publique française à l'épreuve", article à paraître dans l'ouvrage collectif dirigé par Claude Louzoun et Michel Joubert, "Savoirs de la souffrance sociale, praticiens de la souffrance psychique", Erès, 2005.

⁹²⁸ *Ibid.* 2005.

d'affirmer la mort d'une culture spécifique, nous avons pu constater que ce n'est pas le désir d'un retour au passé qui ressort des témoignages des psychiatres mais plutôt une volonté de maintien de la possibilité d'une histoire qui ne serait pas la simple histoire d'un savoir, comme simple histoire des sciences, mais bien celle d'une profession et de sa culture, celle de "l'esprit de secteur". La question que nous posons maintenant s'énonce comme suit : y a-t-il contradiction entre la culture professionnelle de secteur et l'actualité juridico-politique ou s'agit-il d'une "crisis" signalant une mutation culturelle et permettant de dévoiler une représentation idéalisée de la profession ?

Livre II. La culture psychiatrique à l'épreuve du modèle contractuel

La relation médicale est difficilement réductible à une situation purement contractuelle. La souffrance du malade implique que les volontés parties au contrat médical ne sont pas égales en fait. Il est donc naturel que des ressources de droit public viennent compenser une telle inégalité en fait, en instituant des procédures contraignantes visant une égalité en droit.

Les textes, discours et rapports officiels des années 1990 affichent une politique marquée par une exigence de démocratie sanitaire lisible à deux niveaux : par la garantie de droits de patients dans la relation médicale, qu'elle implique ou non l'hospitalisation, par l'incitation juridique et financière à l'adoption d'un modèle territorial ad hoc dit "réseau" établissant un partenariat entre acteurs de la psychiatrie et d'autres acteurs de la santé, du social, de l'éducatif et du judiciaire. Le modèle prôné par les pouvoirs publics depuis une décennie correspond sans aucun doute à ce que Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon, dans leur ouvrage *Critique de la santé publique*, ont appelé le modèle "contractuel", figurant parmi quatre schèmes de la santé publique⁹²⁹. Le modèle contractuel, prend les traits d'un "monde d'une prévention résolument actuelle où les sciences et les instances bio-médicales, l'Etat, les acteurs institutionnels, et la population sont censés s'accorder pour améliorer la santé publique"⁹³⁰. Ce modèle fonctionnerait donc sur le mode d'une

⁹³⁰ Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon (dir), *op. cit.*, *Critique de la santé publique*, pp. 41-46.

complémentarité entre le travail d'objectivation des risques sanitaires et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé. Par définition d'après Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon, le modèle contractuel implique en principe un large consensus. Nous proposons d'étudier en quoi le modèle contractuel, tel qu'il est appliqué à la psychiatrie publique, rencontre des résistances d'ordre culturel et produit des dérives de nature à faire douter du caractère réellement contractuel de ce modèle en action.

L'objet de notre première partie fut de mettre en valeur une culture psychiatrique dont la spécificité se porte sur une exigence de juridicité : une demande de droit public est au cœur d'une identité construite en référence à un sujet malade défini comme sujet de droit. On a pu parler d'exigence de juridicité dans la mesure où les psychiatres ont eu à cœur de rétablir l'idée d'un sujet de droit, au sens où le droit lui-même est fondé sur une telle présomption. C'est à une juridicité dynamique qu'ils ont fait appel : la nécessité que le malade existe dans une communauté de droit et non de fait (le fait de la maladie) a débouché sur la revendication d'un droit producteur d'institutions, d'un droit retrouvant son unité avec le politique, d'un droit capable, non de répéter le social, mais de lui opposer une dimension normative. Tout ce qui faisait l'objet d'ambiguïtés à l'occasion du débat sur le handicap notamment, prennent consistance aujourd'hui parce que la psychiatrie de secteur se voit obligée à clarifier ses desiderata, en fonction d'un modèle juridico-politique qui revendique sa nouveauté.

Dans un ouvrage récent intitulé *La juridicisation du politique*, Jacques Commaille affirme que la connaissance de la nature même du droit, de ses contenus, peut devenir un enjeu important pour l'analyse du politique⁹³¹. Philippe Warin, dans le même recueil collectif pointe "l'angle mort" d'une analyse des politiques publiques qui garderait une vision restrictive du droit, "au lieu d'en faire un processus dynamique au cœur des échanges et des productions qu'elle étudie"⁹³². Si comme le soulignait Max Weber, aucune institution, aucune "relation normativisée" ne peuvent durer ni même réellement fonctionner si elles s'avèrent sans affinités avec des aspirations explicitées, notre ambition d'étudier un droit nouveau à l'épreuve d'une culture professionnelle s'inscrit résolument dans une science politique⁹³³. Notre première partie s'attachait à reconstruire l'histoire d'une psychiatrie unifiée autour d'exigences juridico-politiques toujours saillantes. Le second moment de notre thèse consiste à mettre à l'épreuve d'une telle culture un modèle

⁹²⁹ Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon décrivent quatre schèmes sédimentés : le modèle magico-religieux (référence à Durkheim et aux *Formes élémentaires de la vie religieuse*) comme "attitude mentale spécifique qui est rigoureusement le contraire de la négligence", le modèle de la contrainte profane ayant évolué vers des "pratiques de contrôle, d'exclusion et d'enfermement étatiques ayant évolué vers un système de contrôle et de sanction avec l'appui de nouveaux savoirs" (référence à M. Douglas), le modèle pastorien directement hérité d'un paradigme scientifique, et le modèle contractuel qui domine sur fond de pluralisme préventif. Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon (dir), *Critique de la santé publique*, op. cit., pp. 31-36.

⁹³¹ Jacques Commaille, "De la sociologie juridique à une sociologie politique du Droit", in Jacques Commaille, Laurence Dumoulin et Cécile Robert (dir), *La juridicisation du politique*, op. cit., p. 35.

⁹³² Philippe Warin, "Mise en œuvre des politiques et production normative : angle mort de l'analyse des politiques publiques ?", in Jacques Commaille, Laurence Dumoulin et Cécile Robert (dir), *La juridicisation du politique*, op. cit., pp. 163-164.

contractuel que nous devons caractériser. Un tel programme d'investigation implique de qualifier l'ensemble normatif constitué par les lois, décrets, circulaires, discours politiques et rapports officiels, d'interroger la participation de psychiatres à cet édifice juridico-politique, et le degré d'intégration de cet édifice à une pratique de secteur. Notre tâche consistera d'abord en l'étude de l'ensemble normatif modifiant le statut de la relation médicale en psychiatrie selon plusieurs aspects liés : la genèse du droit, son effectivité, en terme d'incidence et de résistance, son efficacité par rapport aux objectifs politiques affichés. Une pratique spécifique à la psychiatrie de secteur permettra de mettre en valeur les qualités du droit en vigueur (qui fonde la relation médicale sur une conception jusnaturaliste, qui cherche à mieux fonder le recours à la contrainte, qui subit des contraintes objectives contrariant des exigences procédurales). Dans un second temps, il nous faudra examiner la politique dite des "réseaux", telle qu'elle est conçue par le politique et par ses destinataires, et telle qu'elle est mise en oeuvre. Ce moment sera celui d'une clarification des représentations et des pratiques autour de la notion de réseau.

Enfin, nous verrons que la résistance psychiatrique à une objectivation économique et sociale issue de la politique actuelle trouve ses raisons dans une identité psychiatrique de secteur spécifique, dont la filiation socio-historique est évidente. Une ultime réflexion sur de nouvelles théories de la pratique formulées par les psychiatres de service public fera apparaître les transformations de cette filiation, et par là même, non la mort des principes d'une culture professionnelle, mais leur réactualisation.

Chapitre I - Le patient au cœur d'un Contrat

D'après Pierre Lascoumes, "le droit constitue un excellent révélateur de l'état des représentations d'un problème à un moment donné et du mode de traitement qu'on choisit de lui appliquer".⁹³⁴ Déplorant qu'en science politique, les prises de position étudiées soient rarement appréhendées au plan symbolique, Olivier Paye opte pour une définition de la représentation désignant entre autres "la philosophie sur laquelle est censée être érigée et fonctionner une organisation (syndicale, partisane, parlementaire...)"⁹³⁵. S'appuyant sur les travaux de Philippe Braud⁹³⁶ et de Pierre Bourdieu⁹³⁷, Olivier Paye

⁹³³ Philippe Warin se cite "les politiques publiques contribuent à la production d'un ordre social [...] parce que les arbitrages qu'elles supposent ne sont ni plus ni moins qu'une occasion supplémentaire pour les individus de poursuivre leur inlassable travail de définition de leur position sociale et de fabrication de leur identité" (Alain Faure, Gilles Pollet et Philippe Warin (dir), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, 1995, p. 99).

⁹³⁴ Pierre Lascoumes, *L'éco-pouvoir, environnement et politiques*, Paris, La Découverte, 1994, p. 112.

⁹³⁵ Olivier Paye, "Approche socio-politique de la production législative : le Droit comme indicateur de processus de décision et de représentation politique", in *La judiciarisation du politique*, op. cit., p. 235.

⁹³⁶ Philippe Braud, *L'émotion en politique*, PFNSP, 1996, pp. 76-88.

pose que "la représentation politique produit/reproduit toujours peu ou prou des représentations sociales qui révèlent et construisent un certain rapport au monde et une certaine identité sociale"⁹³⁸. Il nous a donc semblé utile de revenir aux débats parlementaires qui ont précédé la loi du 27 juin 1990, complétée par la loi du 4 mars 2002⁹³⁹, pour en faire une "analyse de contenu" pour ensuite les confronter aux attentes des représentants de la profession psychiatrique ou des praticiens les plus ordinaires.

La résistance au droit nouveau qui est institué depuis le début des années 1990 est de nature à nous informer sur la nature même de ce droit. Nous entendons le terme résistance selon deux acceptions. Tout d'abord, il désigne les phénomènes d'ineffectivité attribués à l'inadéquation entre les contraintes objectives pesant sur l'application du droit : cette dimension nous permet de qualifier le droit de "formel" au sens où il est inadapté à la réalité pratique de la psychiatrie publique. Ensuite, il correspond aux résistances subjectives issues d'une culture professionnelle caractéristique de la psychiatrie de secteur, telle que nous l'avons décrite dans la première partie de notre thèse. L'analyse de cette seconde dimension conduit à la mise en valeur d'un droit commun aux patients coexistant avec un droit spécifique à la contrainte. Autrement dit, la résistance du segment professionnel étudié révèle la véritable nature d'un droit conçu indépendamment de la spécificité socio-historique de son objet. Toutefois, notre développement intègre les phénomènes d'adéquation entre les attentes psychiatriques et l'ensemble normatif nouveau qui est proposé par le législateur. Enfin, nous verrons que des contraintes objectives induisent une pratique particulière d'un droit formel, pratique entrant parfois en contradiction même avec les objectifs affichés dans la loi.

I. Un droit naturel pour la relation médicale

Pour Hans Kelsen⁹⁴⁰, la doctrine du droit naturel est issue d'une erreur logique car elle a pour fondement le dualisme entre le droit naturel et le droit positif ; le droit naturel est tenu pour immuable et de ce fait parce qu'il pratiquerait une confusion entre le principe de causalité et le principe d'imputation, en définissant une valeur inhérente à l'homme, au lieu de la référer à une norme créée par un acte situé dans le temps et l'espace, c'est-à-dire au droit positif.

L'analyse de Marcel Gauchet sur les Droits de l'Homme s'inscrit dans la droite ligne de la pensée Kelsenienne. En effet, la transformation des droits de l'homme en une politique confirme les craintes de l'auteur de la Théorie pure du droit parce que d'après Gauchet, la consécration des principes se paie en contradictions pratiques⁹⁴¹. Finalement,

⁹³⁷ Cf l'article "Espace social et genèse des classes" de Pierre Bourdieu que nous utilisons largement.

⁹³⁸ Olivier Paye, "Approche socio-politique de la production législative : le Droit comme indicateur de processus de décision et de représentation politique", *op. cit.*, p. 236.

⁹³⁹ Cf. annexe.

⁹⁴⁰ Hans Kelsen, *Théorie pure du Droit* (1934), Boudry-Neuchâtel, Editions de la Baconnière, Collection "être et penser", 1988, pp. 92-101.

selon Marcel Gauchet, les droits de l'homme projettent dans une incertitude radicale le fonctionnement de la démocratie.

Notre objet est ici de montrer en quoi la consécration du modèle contractuel de la relation entre le médecin et son malade se paie en contradictions pratiques d'une part parce qu'il nie une particularité établie par le droit positif lui-même, l'hospitalisation sans consentement, et d'autre part, parce qu'il méconnaît la particularité psychique de la maladie mentale. Nous opérerons en deux temps : tout d'abord, il s'agira de présenter la définition politique du modèle contractuel ; puis il faudra montrer en quoi le nouveau droit soumet la pratique psychiatrique à des injonctions contradictoires.

A- Des droits de l'homme aux droits du patient

Parler de "droits des patients", c'est s'intéresser aux applications de la notion de droits de l'homme à une catégorie particulière : les patients. La référence sur laquelle se fonde des droits définis comme ceux de l'homme suppose une nature identique, abstraction faite de toute contingence socio-historique. Appliquée au patient, elle implique une égalité naturelle entre patients en ce qu'ils sont tous dans une situation de souffrance, mais abstraction faite de toute particularité pathologique. On peut pratiquer la même analogie aux droits du "patient hospitalisé", supposant une abstraction de tout mode d'hospitalisation (libre ou contrainte).

Une telle présentation correspond concrètement à des niveaux de référence mobilisés par le droit réglementaire et législatif français. En effet, les droits du patient entrent progressivement dans le corpus juridique positif. Ils sont d'abord spécifiés à propos de certaines catégories de patients puis généralisés dans une loi du 4 mars 2002 faisant du consentement et de l'information au malade le centre de toute relation médicale.

A-1 DES DROITS POUR TOUT HOSPITALISÉ LIBREMENT, UN PRINCIPE CONSENSUEL

Les droits du patient hospitalisé librement sont énoncés dans plusieurs textes à caractère plus ou moins contraignant qui ont tous en commun d'encadrer le régime de l'hospitalisation. Une liste de droits s'établit peu à peu, assortie de procédures visant à assurer leur garantie. Restituer des droits à l'hospitalisé libre compte parmi les exigences des défenseurs du secteur, puisque ce dernier correspond pratiquement à l'augmentation des hospitalisations libres. La consécration juridique de tels droits entre donc en résonance avec la volonté des professionnels de la psychiatrie publique.

1. L'inscription progressive dans le droit positif

La référence aux droits fondamentaux de la personne hospitalisée émerge en France avant les années 1980. Le Rapport Ducamin⁹⁴² pourrait constituer l'origine de la prise en

⁹⁴¹ Marcel Gauchet, *La démocratie contre elle-même*, Paris, Gallimard, Tel, 2002, p. 332.

⁹⁴² " L'humanisation des hôpitaux", Rapport présenté par B. Ducamin au Ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, La Documentation française, 1971.

compte du patient et de ses droits à l'hôpital. Ainsi, des droits fondamentaux sont inscrits dans la loi hospitalière de 1970⁹⁴³ ainsi que dans le décret du 14 janvier 1974⁹⁴⁴ et le règlement intérieur type qui lui est annexé. Pour la première fois dans un texte de portée réglementaire, figurent des dispositions relatives à quatre droits fondamentaux : le droit d'aller et venir, le droit à l'information, le droit à la communication et le droit à la dignité. La même année, une circulaire⁹⁴⁵ rend obligatoire la remise d'un exemplaire de la "charte du malade hospitalisé" à tout usager de l'hôpital public au moment de son hospitalisation. En 1982, une enquête sur l'impact de la charte du malade sur la réalité hospitalière⁹⁴⁶ montre que la charte remplit bien une fonction symbolique de proclamation des droits des patients mais échoue dans sa fonction d'information des moyens de recours.

La loi du 27 juin 1990 consacre les droits des personnes hospitalisées librement en raison de troubles mentaux⁹⁴⁷. On retrouve à nouveau l'énoncé des droits des patients dans une section consacrée aux droits des malades de la loi hospitalière de 1991⁹⁴⁸. Deux décrets de 1992 et 1994 détailleront les principes du libre choix du praticien et de l'établissement, de la communication du dossier médical, de l'obligation d'évaluation de la qualité des soins⁹⁴⁹.

⁹⁴³ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁹⁴⁴ Décret n°74-27 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, Journal Officiel du 16 janvier 1974.

⁹⁴⁵ Circulaire du 20 septembre 1974 relative à la charte du patient hospitalisé, BO SP-SS74/41, p 7578.

⁹⁴⁶ P. Bourgines, B. Even, F. Hoibian, T. Mbelle, " La charte du malade. Où en est-on 10 ans après ? ", *Gestions hospitalières*, n°230, novembre 1983, et n° 232, janvier 1984.

⁹⁴⁷ S'agissant des hospitalisations sans consentement, le texte spécifie les restrictions à la liberté du patient à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement (Infra).

⁹⁴⁸ La loi n°91-738 insère dans le Code de la Santé Publique deux articles L. 710-1 et L. 710-2 qui indiquent notamment que "Le Droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire" (Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux) et que "les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles".

⁹⁴⁹ Décret no 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la Santé Publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat); Décret no 94-68 du 24 janvier 1994 relatif aux règles d'hémovigilance pris pour application de l'article L. 666-12 du Code de la Santé Publique et modifiant ce code (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat) Décret 92-329 et Décret 94-68.

En 1995, la circulaire du 6 mai remplace la charte de 1974 afin de tenir compte de l'évolution du dispositif législatif et réglementaire⁹⁵⁰, notamment avec la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et les lois dites "bioéthiques" de 1994 ; elle étend le champ d'application de la Charte des patients à tous les établissements de santé et non seulement l'hôpital public.

Outre l'incitation faite aux établissements de veiller à la bonne application des règles de déontologie médicale et paramédicale, et à la possibilité pour les patients de faire valoir leurs droits, la charte de 1995 aborde cinq points :

- l'accès aux soins sans discrimination, y compris en cas d'urgence,
- l'information et le consentement du patient⁹⁵¹,
- les droits de quitter l'établissement après avoir signé une décharge, le respect de l'intimité, des croyances du patient⁹⁵²,
- l'accès au dossier du patient et les voies de recours⁹⁵³.

L'ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée du 24 avril 1996 donnera une base légale à la charte du patient hospitalisé et instituera dans chaque établissement de santé "une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter

⁹⁵⁰ On ~~peut~~ ~~estime~~ ~~la~~ ~~victime~~ ~~du~~ ~~préjudice~~ ~~du~~ ~~fait~~ ~~de~~ ~~l'activité~~ ~~de~~ ~~l'établissement~~ ~~et~~ ~~de~~ ~~lui~~ ~~indiquer~~ ~~les~~ ~~voies~~ ~~de~~ ~~conciliation~~ ~~et~~ ~~de~~ ~~recours~~ ~~dont~~ ~~elle~~ ~~dispose~~"⁹⁵⁴. En outre, les

⁹⁵¹ La charte précise que le secret médical n'est pas opposable au patient. De la qualité de l'information dépend la qualité du consentement préalable à tout acte médical. Le patient et les représentants de l'établissement estimeront l'objet souhaité un objet de réflexion ou l'obtention d'un autre avis professionnel social correspond le mieux à l'orientation médicale ou médico-sociale de l'établissement.

⁹⁵² La protection de la vie privée concerne la confidentialité de l'hospitalisation (si le patient le demande) mais aussi la confidentialité des visites, du courrier, des communications téléphoniques et des entretiens, ainsi que l'accès des journalistes ou

démarcheurs. Un arrêt du 1^{er} mars 1989 de la Cour d'appel de Paris a permis à la jurisprudence de préciser le principe selon lequel la Chambre d'indemnité de l'hôpital a le caractère d'un commerce privé (Médicines et Droit n°1199, p.13). En 1986, la Direction Générale de la Santé et la Commission des Maladies Mentales critiquent de concert la règle instituée par les

⁹⁵³ Les conditions de communication de l'histoire de suivi médical du carnet médical sont définies que par référence à la loi du 27 janvier 1993, sur le développement des placements libres, attesté par le tableau suivant, confirme

informatiques et aux documents administratifs, la charte souligne qu'en cas de refus de communication par le directeur de l'hôpital, l'usager peut solliciter l'avis de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA). Un recours contentieux doit être précédé d'une "réclamation préalable en vue d'obtenir réparation".

⁹⁵⁴ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (Cf. annexe). Le décret n°98-1001 du 2 novembre 2002 relatif à la commission de conciliation définit sa composition dans les établissements publics de Santé : le président de la CME (celui du comité consultatif médical pour l'Assistance publique et les hôpitaux de Paris), un médecin conciliateur, un membre de la commission du service de soins infirmiers, les représentants des usagers membres du conseil d'administration de l'établissement (de la commission de surveillance de l'hôpital ou du groupe hospitalier pour l'Assistance publique et les hôpitaux de Paris), JO du 7 novembre 1998, texte 2860 du bulletin officiel 98/45.

⁹⁵⁵ Monsieur Bauduret, Compte rendu de la réunion du 2 octobre 1986, groupe de travail présidé par Zambrowski, p. 8 (Documents DGS).

effectivement l'inadéquation de la loi "Sécurité et Liberté" avec le changement des pratiques.

Tableau 10 : Evolution des modes de placement entre 1952 et 1982 ⁹⁵⁶

Entrées				Malades présents au 31 décembre		
	Placements d'office	Placements volontaires	Hospitalisations libres	Placements d'office	Placements volontaires	Hospitalisations libres
1952	29,5%	42,3	28,2	63,4	28,8	7,8%
1963	11,1	45,2	43	30,9	56,5	12,6
1975				7,3	50	42,7
1977	2,3	10,3	87,4	5,1	42,7	52,2
1980		11,6	85,2	Non renseigné	38,2	
1982	1,9	7,7	90,3			

La Commission des Maladies Mentales propose en conséquence la modification des articles 74 et 75 de la loi dite "Sécurité et Liberté" au profit de la rédaction suivante :

"Toute personne hospitalisée librement dans un établissement, public ou privé, accueillant des malades mentaux, dispose de tous les droits liés à l'exercice des libertés individuelles, notamment du droit : - d'être informée à son admission de ses droits et devoirs,- de disposer à son gré de la liberté d'émettre ou de recevoir des communications téléphoniques ou du courrier personnel,- de recevoir des visites,- de refuser tout traitement avant de prendre conseil d'un médecin de son choix pour en décider),- de disposer de sa liberté de mouvement à l'intérieur de l'établissement, sous réserve du respect du règlement intérieur,- de pratiquer la religion de son choix sans discrimination."

⁹⁵⁷

Le Rapport Zambrowski publié en décembre 1986 sous le titre "Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française" synthétise les revendications des psychiatres de la Commission des Maladies Mentales approuvées également par le représentant de l'UNAFAM auprès de la même Commission des Maladies Mentales, notamment sur l'identité du statut de l'hospitalisation libre dans les établissements publics et privés⁹⁵⁸. Le Rapport Zambrowski souhaite donc modifier et non abroger la loi de 1838, par l'introduction de garanties aux "droits des personnes hospitalisées librement dans tout établissement recevant des malades mentaux", droits

⁹⁵⁶ **Compte-rendu de la réunion de la Commission des Maladies Mentales, 17 décembre 1983, Sous-commission "législation et statut juridique des malades mentaux" présidée par Bernard Chouraqui ; Rapport Zambrowski, décembre 1986, p. 14 (Documents DGS).**

⁹⁵⁷ Communication du 2 octobre 1986 du Président de la Commission des Maladies Mentales, Groupe de travail présidé par Zambrowski (Documents DGS).

⁹⁵⁸ Document de M. Gasser, représentant de l'UNAFAM en vue de la séance de la Commission des Maladies Mentales du 27 juin 1988 sur le statut du malade mental, pp. 2-3 (Documents DGS).

déclinés ainsi : "droits d'information des droits et devoirs dès leur admission, d'émettre ou recevoir des communications téléphoniques et courriers, de recevoir des visites, de circuler librement sous réserve du règlement intérieur, du droit de refuser tout traitement avant de prendre conseil d'un médecin pour en décider, de pratiquer la religion de son choix sans discrimination"⁹⁵⁹.

La loi de 1990, en consacrant des droits pour tout hospitalisé libre répond aux attentes des psychiatres favorables au secteur car elle confirme la désolidarisation entre l'établissement d'accueil et le régime de l'hospitalisation. D'après Claude Evin d'ailleurs, alors Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, le projet du Sénat, qui sera peu modifié jusqu'à la promulgation de la loi, est l'aboutissement d'une longue période de réflexion et de concertation avec tous les professionnels concernés : médecins, directeurs d'établissement, juristes, représentants des familles⁹⁶⁰, elle-même concrétisé dans le Rapport Zambrowski⁹⁶¹ qui lui a été remis à la fin de l'année 1988. Tous les députés s'accordent sur le fait que le projet de loi s'inspire largement du Rapport Zambrowski, à gauche comme à droite⁹⁶².

Claude Evin argumente en effet dans la droite ligne du Rapport Zambrowski puisqu'il définit le projet de loi de 1990 comme poursuivant une logique inverse à la législation de 1838 : "elle fait de l'hospitalisation libre la règle et de l'hospitalisation imposée l'exception"⁹⁶³ et inscrit ainsi dans le code le principe de droit commun de l'hospitalisation libre nécessitant le contentement du malade. Toutefois, le maintien d'un chapitre spécial

⁹⁵⁹ Rapport Zambrowski, Annexe III, pp. 17-21 et p. 151.

⁹⁶⁰ Claude Evin rappelle que le rapport Zambrowski a été remis au gouvernement socialiste en 1986 mais qu'il ne l'a pas publié : il affirme que c'est lui-même qui l'a rendu public le 14 décembre 1988. Jacques Toubon répond à Claude Evin que le projet n'a pas été l'occasion de consulter la Commission des Maladies Mentales, ni les professionnels et que Michèle Barzach n'a pas rendu public le rapport Zambrowski en 1986 car elle l'a soumis à la Commission des Maladies Mentales moribonde depuis 1983. Evin répond à Toubon que les syndicats de psychiatres et les associations des familles ont été consultés au mois d'août 1989, que la Commission des Maladies Mentales datant de 1983 (elle est plus ancienne en fait), mais réformée en 1987, a débattu fin septembre, fin novembre et en avril 90, et que la commission consultative des Droits de l'homme a été consultée et a donné un avis favorable. *Débats Parlementaires*, Compte-rendu intégral, Journal Officiel, Assemblée nationale, 43ème séance, 15 mai 1990, *op. cit.*, p. 1308, p. 1325 et p. 1313.

⁹⁶¹ Michèle Barzach, alors Ministre délégué auprès des affaires sociales et de l'emploi, de la Santé et de la famille, demande à Monsieur Jean-Jacques Zambrowski de conduire une réflexion en vue "d'une redistribution générale de la politique de santé mentale" au motif que les dispositions législatives ou réglementaires de 1985 "ne semblent pas être suffisantes pour que les malades mentaux bénéficient, de manière optimale, de soins adaptés à leur état, ni pour que les structures nécessaires fonctionnent dans les meilleures conditions" (Michèle Barzach, lettre du 11 juillet 1986, Documents DGS). Le rapport lui sera remis en décembre 1986. Ce rapport est élaboré en étroite collaboration avec le bureau Psychiatrie de la Direction Générale de la Santé après consultation d'un petit groupe de travail et des principales organisations syndicales et professionnelles concernées par la santé mentale.

⁹⁶² "Le projet de loi est inspiré par les propositions du Docteur Zambrowski" d'après J. F. Mattéi ; "le rapport Zambrowski rendu public par Claude Evin et la nécessité de tenir compte des recommandations du Conseil de l'Europe du 22 février 1983, ont servi de base au projet de loi de 1990", selon Janine Ecochard, député socialiste (*Débats Parlementaires*, *op. cit.*, p. 1311 et p. 1312).

réservé aux droits des malades hospitalisés sans consentement constitue le premier accroc à un droit qui s'affiche comme commun.

A-2- LE PATIENT AU CŒUR D'UN CONTRAT

Le projet de loi visant à remplacer la loi de 1990 est élaboré au cours de l'année 1989⁹⁶⁴. Les débats parlementaires préalables à la loi de 1990 sur les conditions d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux consacrent un large développement aux droits des patients mais réservent un chapitre spécial aux hospitalisations sans consentement.

La loi du 4 mars 2002 formalise quant à elle un droit des patients dont l'accès direct au dossier médical constitue l'emblème. C'est à partir de ces deux lois et de leurs débats parlementaires préalables que nous allons examiner les motifs et le contenu d'un contrat médical érigé en modèle par le politique. Cette étude sera l'occasion de saisir certaines contradictions dans le processus d'argumentation des députés mais également l'influence du facteur partisan sur le vote ultime des textes.

1. La référence aux "progrès de la médecine"

Tous les représentants des différentes tendances politiques à l'Assemblée Nationale font état des "progrès de la médecine" pour justifier l'abrogation de la loi de 1838. Ainsi, pour Didier Chouat, rapporteur du projet de loi, puisque "les progrès thérapeutiques ont réduit le nombre et la durée des hospitalisations"⁹⁶⁵, il faut abroger la loi de 1838. Selon le Ministre Claude Evin, "les progrès thérapeutiques ont rendu la loi de 1838 obsolète" : il faut dès lors "adapter notre législation aux réalités sociales et thérapeutiques" pour répondre à la "nécessité d'ajuster le droit à la pratique"⁹⁶⁶. Bernard Bioulac, député socialiste, rappelle l'augmentation des hospitalisations libres depuis 1970 et justifie la promotion des droits des patients par "l'évolution de la médecine et de la société" et plus précisément, le développement de la "chimiothérapie, psychothérapie, et psychanalyse" est conçu comme un moyen de "guérir un malade mental chez lui ou dans un secteur extra-hospitalier"⁹⁶⁷. Madame Boutin invoque les mêmes raisons : "le projet vise à adapter la loi de 1838 aux évolutions de la société ainsi qu'à celles de la discipline psychiatrique (neuroleptiques, anxiolytiques et antidépresseurs)"⁹⁶⁸. Quant à Monsieur Mattéi, il fonde l'opportunité du projet de loi sur les transformations intervenues depuis plusieurs

⁹⁶³ *Débats Parlementaires, op. cit.*, pp. 1300-1302.

⁹⁶⁴ Le projet de loi adopté par le Sénat et soumis à l'examen de la commission des Affaires culturelles et à l'avis de la commission des lois, est discuté le 15 et 16 mai 1990. Après une seconde lecture sénatoriale le 11 juin 1990, le texte est discuté et adopté par l'Assemblée Nationale le 19 juin 1990.

⁹⁶⁵ *Débats Parlementaires, op. cit.*, discussion du projet de loi n°1291 adopté par le Sénat, p. 1297.

⁹⁶⁶ *Débats Parlementaires, op. cit.*, pp. 1300-1302.

⁹⁶⁷ En 1970, 27% des hospitalisations sont libres contre 74% en 1987 (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1307).

décennies ("l'évolution des thérapeutiques, le développement de la sectorisation")⁹⁶⁹. Madame Ecochard, député socialiste note que les évolutions thérapeutiques ont bouleversé le système de l'internement automatique de la loi de 1838, déjà mis en cause par les lois de sectorisation de 1985⁹⁷⁰. Pour Monsieur Durieux (UDC), les progrès médicaux, et l'amélioration des conditions d'hospitalisation nécessitent la réforme de la législation concernant les droits et conditions des personnes hospitalisées⁹⁷¹. Monsieur Schreiner qualifie la loi de 1838 d'exemple mais constate que "la médecine psychiatrique a fait un long chemin depuis 150 ans"⁹⁷². Ce qui paraît paradoxal, c'est que tous les députés mettent en avant le développement de l'extra-hospitalier pour motiver une modification des conditions d'hospitalisation. Et quant à la référence à l'évolution de la psychiatrie est faite, elle est toujours extrêmement vague et n'intervient qu'à titre de caution médicale, voire scientifique à la nécessité d'adapter le droit.

2. Un modèle contractuel de relation médicale

La loi de 1990 s'inscrit selon le Ministre Claude Evin dans un travail de "reformulation du contrat individuel médecin-malade"⁹⁷³. Cette expression sera employée dans le nouveau Code de déontologie⁹⁷⁴ adopté en 1995, qui recourt tantôt à la forme de préceptes éthico-déontologiques⁹⁷⁵ fixant les normes d'un exercice médical respectueux de la personne et de sa dignité, tantôt à la forme des règles de bonne conduite, "témoins de l'évolution de notre société et de ses lois"⁹⁷⁶. Un rapport relativement récent⁹⁷⁷ de la Commission nationale permanente du Conseil national de l'Ordre des Médecins intitulé " Information et formation du patient " parle même de "cogestion de la santé"⁹⁷⁸ ; on se félicite alors de la "nouvelle impulsion" aux droits des patients à l'hôpital issue de

⁹⁶⁸ *Ibid*, p. 1310.

⁹⁶⁹ *Ibid*.

⁹⁷⁰ Il s'agit de la loi du 25 juillet 1985 sur la sectorisation, de la loi du 30 décembre 1985 qui a unifié les financements de la psychiatrie publique, et de la loi du 31 décembre 1985 qui a notamment confié à l'hôpital la gestion des moyens affectés à l'extra-hospitalier ; *Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1312.

⁹⁷¹ *Ibid*, p. 1316.

⁹⁷² *Ibid*, p. 1317.

⁹⁷³ *Ibid*, p. 1303.

⁹⁷⁴ Décret du 6 septembre 1955

⁹⁷⁵ titres I et II essentiellement.

⁹⁷⁶ titres III et IV.

⁹⁷⁷ Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil national de l'Ordre des médecins " Information et formation du patient ", rapporteur : Docteur Maurice Bernard-Catinat, 5 juin 1999.

l'ordonnance du 24 avril 1996⁹⁷⁹.

Lors des débats parlementaires préalables à l'adoption de la loi de 1990, la défense d'un droit commun n'est pas distinguée de celle du "respect de l'exercice des libertés individuelles"⁹⁸⁰ pour justifier de la modification de la loi de 1838. Cet argument, par sa forme jusnaturaliste, doit "con-vaincre politiquement"⁹⁸¹. Onze ans plus tard, un autre projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacrerait un titre I à la démocratie sanitaire. Le modèle contractuel de relation médicale est présenté par Elisabeth Guigou au nom du Premier Ministre Lionel Jospin en ces termes :

"La préparation de ce texte a été annoncée par le Premier ministre lors de la clôture des Etats généraux de la santé qui se sont déroulés de l'automne 1998 à fin juin 1999 et qui ont mobilisé un grand nombre de participants sur des questions de fond touchant la santé des citoyens et le fonctionnement du système de santé. Les quelque mille réunions qui ont été organisées dans ce cadre ont montré une forte demande du public, et notamment des associations de malades et d'usagers, en faveur d'une médecine plus humaine et d'une politique de santé plus complète et plus globale"⁹⁸²

Il faut souligner ici que le contexte de ce projet de loi est particulier. En effet, et les débats parlementaires le montrent parfaitement, la réparation des risques sanitaires et la prise en charge de toutes les victimes des accidents médicaux, y compris les aléas thérapeutiques, constituent le point central des discussions. L'article 1er de la loi qui sera promulguée le 4 mars 2002 traduit la centralité d'une telle préoccupation en interdisant à quiconque de «se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance"⁹⁸³.

⁹⁷⁸ "Il aura fallu attendre la fin du XXème siècle pour que la prise de conscience de l'importance du rôle du patient dans la gestion de son capital santé et de ses possibilités de devenir un partenaire du médecin viennent au centre des préoccupations. Grâce à une éducation spécifique, le patient peut acquérir les connaissances et les techniques nécessaires à une cogestion de sa santé", Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil national de l'Ordre des médecins " Information et formation du patient ", Docteur Maurice Bernard-Catinat, rapporteur, 5 juin 1999, p. 2.

⁹⁷⁹ articles L. 710-1-1 et 710-1-2 du Code de la Santé Publique.

⁹⁸⁰ Bernard Bioulac (PS). Christine Boutin invoque la nécessité de consacrer "l'exercice des libertés individuelles pour les HDT". Pour J. F. Mattéi, le projet "consacre l'hospitalisation libre, la promotion et la garantie des Droits des malades", *Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1308 et p. 1310.

⁹⁸¹ Olivier Paye explique ce type d'argument par «la nécessité de doter toute revendication particulière des traits d'une figure de l'intérêt général", Olivier Paye, "Approche socio-politique de la production législative : le Droit comme indicateur de processus de décision et de représentation politique", in Jacques Commaille, Laurence Dumoulin et Cécile Robert (dir), *La juridicisation du politique, op. cit.*, p. 224.

⁹⁸² **Elisabeth Guigou expose les motifs du projet de loi n° 3258 au nom de Lionel Jospin, Premier Ministre, le 5 septembre 2001, www.assemblée-nationale.fr/projets/pl3258.asp**

⁹⁸³ Une personne peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer (article 1er, Titre I, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé).

Au cœur du modèle contractuel de relation médicale, Elisabeth Guigou place le consentement du patient :

"Rééquilibrer les relations entre le professionnel de santé et le malade, en faisant de ce dernier un véritable acteur de santé (droits des usagers) [...] Ce chapitre pose le principe du consentement libre et éclairé, qui a pour condition nécessaire l'information" ⁹⁸⁴ .

L'objectif affiché du projet de loi est certes de réunir les textes français sur les droits des patients, épars et fragmentaires, mais de "les faire évoluer afin de prendre en compte la responsabilité nouvelle que souhaitent prendre les personnes malades à l'égard de leur santé". Différents textes réglementent avant 2002 les conditions de la communication aux personnes d'informations médicales les concernant : l'article L. 1112-1 du Code de la Santé Publique fixe ainsi les règles encadrant l'accès aux dossiers médicaux dans les établissements de santé, la loi "informatique et libertés" celles concernant les informations contenues dans des fichiers

Puisque l'accès direct au dossier médical constitue d'après les rédacteurs de la loi la nouveauté principale apportée par la loi du 4 mars 2002, nous allons focaliser notre analyse sur ce point.

B- Le consentement du patient

En droit, il est d'usage de définir le consentement comme la manifestation de volonté de chacune des parties au contrat. Le Code Civil en son article 1108 conditionne ainsi la validité du contrat au consentement. Dans la loi du 4 mars 2002, l'accès au dossier médical est conçu comme le préalable nécessaire à un consentement "libre et éclairé aux soins". La loi du 4 mars 2002 généralise l'accès direct aux patients, quel que soit leur régime d'hospitalisation et quelle que soit leur pathologie. Elle fonctionne donc selon une logique inverse à la loi de 1990 qui définissait des droits pour les personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, avec des particularités liées à l'hospitalisation contrainte. Les débats parlementaires consacrés à la question de l'accès au dossier médical nous informent à deux titres : tout d'abord, l'accord sur le principe d'un accès au dossier médical apparaît relativement acquis ; ensuite, les modalités d'application de ce principe suscitent une grande appréhension du corps médical.

La question du consentement aux soins des malades mentaux doit être éprouvée en pratique. Deux objets concrets nous permettront de découvrir les contradictions pratiques sur lesquelles l'obligation légale formulée en 1990 et en 2002 ont pu déboucher : des injonctions contradictoires à penser dans le même temps l'hospitalisation sans consentement et le consentement aux soins d'une part, et d'autre part, la transformation du contenu réel du dossier médical.

B-1- DU PRINCIPE AUX MODALITÉS DE L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Claude Evin, rapporteur pour l'ensemble du projet de loi de 2001, affirme que le plus important des droits des malades, l'accès au dossier médical, "ne soulève plus aujourd'hui

⁹⁸⁴ Elisabeth Guigou, *op. cit.*

de véritable controverse"⁹⁸⁵. Le débat va donc porter à l'Assemblée nationale sur les modalités d'écriture de ce dossier médical : qui doit le remplir ? Quel type d'informations doit-on y consigner ? Quels professionnels y auront accès ? S'agira-t-il systématiquement d'un accès direct ? Telles sont les questions qui préoccupent les députés.

La réticence du corps médical, non spécialement psychiatrique, est exprimée par la voix de certains députés, souvent eux-mêmes médecins. Sans parler de pathologie particulière, on pressent déjà ainsi que la pratique psychiatrique est de nature à constituer une sorte de cas limite d'une médecine consciente du caractère faussement unilatéral de la relation médicale.

1. L'accès direct au dossier, un droit généralisé

Le nouvel article L. 1111-6 du projet de loi consacre un droit d'accès direct généralisé de la personne aux informations qui ont été recueillies et formalisées concernant sa santé : comptes rendus, résultats d'examens, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels. Sa généralisation signifie qu'il s'applique dans tous les cas tant aux personnes hospitalisées pour raison somatique que pour celles hospitalisées pour troubles mentaux, qu'elles soient en hospitalisation libre ou en hospitalisation sans consentement. Le projet de loi de 2001 abroge en effet le dernier alinéa de l'article L. 322-3 du Code de la Santé Publique issue de la loi de 1990 pour aligner dans ce domaine les établissements recevant des personnes atteintes de troubles mentaux sur l'ensemble des établissements de santé.

La modification de la loi du 27 juin 1990 se fonde d'après le législateur sur un certain nombre de préoccupations exprimées dans des Recommandations du Conseil de l'Europe aux Etats membres visant à assurer la protection des Droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique. La généralisation du droit d'accès au dossier médical répond aux revendications des associations de représentants d'usagers de la psychiatrie (La FNAPSY, l'UNAFAM et l'UNAPEI)⁹⁸⁶, exprimées notamment dans la Lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale⁹⁸⁷. Plus précisément, la Fnap Psy pointe, à propos de l'accès direct du patient à son dossier médical, la nécessité d'abandonner "l'époque du paternalisme". L'UNAFAM, qui ne conteste pas l'utilité de la "discretion des professionnels"⁹⁸⁸, préconise la prudence quant à la détermination de la capacité de chaque patient à recevoir des informations mais souhaite élargir l'information médicale aux personnes qui accompagnent les patients pour que "ensemble, avec les équipes soignantes, voire les autorités de la cité, des décisions

⁹⁸⁵ Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Assemblée nationale, compte-rendu n°49, 11 septembre 2001, Présidence de M. Jean Le Garrec. Audition de M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, sur le projet de loi relatif aux Droits des malades et la qualité du système de santé - n° 3258 (MM. Claude Evin, Jean-Jacques Denis, Bernard Charles, rapporteurs), www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html.

⁹⁸⁷ *La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, septembre 2000, n°23.

⁹⁸⁸ *Ibid*, p. 3.

puissent être prises"⁹⁸⁹.

Dès le mois de juin 1999, ces associations ont étudié et mis au point, avec les représentants de la Conférence Nationale des Présidents des Commissions médicales d'établissement des Centres Hospitalisés Spécialisés, une charte de l'usager en psychiatrie. Cette charte a été acceptée en 2000 par les usagers et les représentants de la Conférence des Commissions Médicales des Etablissements Spécialisés⁹⁹⁰. Ce texte, reproduit notamment dans la revue Santé mentale conçoit les droits des patients comme la conséquence d'un "engagement réciproque entre le patient le médecin dans une relation contractuelle", d'un "processus continu d'adhésion" avec le médecin, hormis dans les cas d'urgence. Cette exigence doit se traduire d'après la charte par la réalisation effective de leurs droits, au cours de l'hospitalisation par la possibilité d'un recours (commissions départementales des hospitalisations psychiatriques et commission de conciliation) et indirectement par la participation des usagers à l'évaluation de la qualité des soins, aux niveaux local, régional et national.

Lors de l'examen en première lecture du projet de loi⁹⁹¹, le 18 septembre 2001, le Ministre Claude Evin, après avoir cité les antécédents juridiques plus ou moins contraignants des droits du malade⁹⁹², souligne la nécessité d'une "réécriture cohérente"⁹⁹³

⁹⁸⁶ La Fnap psy a un rôle consultatif puisqu'elle participe à un certain nombre de commissions traitant des problèmes de santé mentale (Ministère de la santé, OMS ou organismes nationaux comme l'ARH, les DASS, ...) et donne son avis sur le point de vue de l'usager dans les divers congrès et symposiums ; un rôle représentatif au conseil d'administration des CHS de Paris et dans certaines régions. Cette représentation induit une participation au sein de ces hôpitaux aux commissions de conciliation, devant en principe être tenues chaque semaine dans les hôpitaux. Cette association effectue principalement un travail de terrain et joue également un rôle de formation. Elle bénéficie d'une subvention du Ministère de la Santé et du PSY COM 75 (Syndicat interhospitalier de communication externe des CHS de Paris. L'UNAFAM est présente dans près de 120 Conseils d'administration, et collabore avec les associations de soignants, de patients et anciens patients (en particulier avec la FNAP Psy). L'UNAPEI (Union Nationale des associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées mentales) créée en 1960 reconnue d'utilité publique ; elle regroupe 650 associations locales qui gèrent 2500 établissements et services spécialisés. L'Union défend les intérêts moraux et matériels des personnes handicapées. La partie la plus importante de ses modes de financement provient de cotisations de ses associations affiliées ; le reste est financé par les abonnements aux publications, les dons et legs, les partenariats ou opérations de mécénat. Les subventions représentent une part minime dans le budget de l'association.

⁹⁸⁹ *Ibid*, p. 3.

⁹⁹⁰ Par exemple, le 8 décembre 2000, la Fnap Psy, présidée par Claude Finkelstein, et la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitalisés spécialisés en psychiatrie, présidée par Alain Pidolle, ont signé, en présence et avec le soutien affirmé de Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés, une "Charte de l'usager en santé mentale".

⁹⁹¹ Rapport n° 3263 Tome I (2001-2002) de MM. Claude Evin, député, Bernard Charles, député, Jean-Jacques Denis, député, fait au nom de la commission des affaires culturelles familiales et sociales, Examen, en première lecture, du projet de loi relatif aux Droits des malades et à la qualité du système de santé - titre Ier - n° 3258 (MM. Claude Evin, Jean-Jacques Denis, Bernard Charles, rapporteurs). Présidence de M. Jean Le Garrec, président, 18 septembre 2001, compte-rendu n°52. Le projet de loi adopté par l'assemblée nationale après déclaration d'urgence, est transmis par le Premier Ministre au Président du Sénat, le 4 octobre 2001, Annexe au procès-verbal de la séance du 9 octobre 2001, Sénat n°4. www.senat.fr/dossierleg/pj101-004.html.

des droits positifs reconnus à la personne malade et plus largement de ceux de l'utilisateur du service de santé". Le ministre délégué à la santé Bernard Kouchner qualifie l'accès direct au dossier médical, de "disposition la plus symbolique"⁹⁹⁴ s'agissant du droit des malades car elle répond au souhait des malades de sortir d'une relation paternaliste entre le médecin et son patient. L'accès au dossier est conçu comme un moyen de remédier aux contentieux. La contrepartie de cet accès consisterait dans la possibilité de refuser les soins. Le Ministre délégué à la santé achève son intervention par ces mots :

"Voilà pourquoi le texte que je vous présente aujourd'hui peut se résumer en trois grands principes solidaires : transparence, responsabilité, confiance. Au mot transparence je préfère celui de clarté tant le premier a été galvaudé, jusqu'à couvrir quelques turpitudes. Imposons cette clarté dans le fonctionnement même du système de santé : il n'y aura pas de démocratie sanitaire dans la confusion, ou le silence. Les choix de la politique de santé doivent être expliqués, débattus, assumés. Établisons cette clarté pour les soins, par l'accès au dossier médical et par l'obligation d'informer. Allons vers une pédagogie du risque assumé par le patient en toute connaissance de cause".

Bernard Kouchner justifie la possibilité d'accéder aux informations médicales formalisées qui la concernent, sans avoir à passer par un médecin, par le caractère personnel des secrets confiés au médecin. L'institution d'une tierce personne de confiance, est envisagée comme un remède au risque de traumatisme ou d'interprétation erronée des données médicales. Selon Jean-Jacques Denis, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour le titre premier, la réticence des praticiens est le signe que "le patient n'est pas encore au centre du système de santé" : la judiciarisation des soins tant redoutée par les médecins serait une conséquence, plus qu'une cause, de l'incompréhension entre le malade et le praticien.

L'opposition au projet de loi socialiste ressemble beaucoup à celle qui avait opposé les socialistes et les partis de droite à l'occasion de la loi de 1990. La critique d'un projet de loi incomplet et peu ambitieux semble bien être une stratégie d'opposition

⁹⁹² La loi du 31 juillet 1991, dite loi hospitalière, qui consacre un chapitre aux "Droits du malade accueilli dans un établissement de santé", le préambule de la Constitution qui affirme que "la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur, la protection de la santé", le Droit au respect de la dignité de la personne, consacré par le Conseil constitutionnel par sa décision du 27 juillet 1997, les lois dites bioéthiques du 29 juillet 1994, la loi du 27 juin 1990 relative aux personnes hospitalisées pour des troubles mentaux, la loi du 9 juin 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs, la loi du 29 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, qui constitue une avancée fondamentale en matière d'accès aux soins.

⁹⁹³ M. Claude Evin, rapporteur (ensemble du projet de loi, titres III et IV), a indiqué que le projet de loi répondait au souci d'assurer des Droits aux malades et aux usagers du système de santé en inscrivant dans le Code de la Santé Publique des questions traitées dans plusieurs textes épars : le code de déontologie médicale ; le texte relatif aux personnes se soumettant à des recherches biomédicales ; la loi portant réforme hospitalière de 1990 qui, pour la première fois, ouvrait le Droit du malade à l'accès à son dossier via un médecin choisi par le malade ; enfin, l'ordonnance de 1996 qui faisait entrer les usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux publics. Séance du 18 septembre 2001, www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html .

⁹⁹⁴ Sénat, 2ème séance du mardi 2 octobre 2001, présidence de Monsieur Raymond Forni. www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html

systematique. Mais les critères partisans ne semblent pas avoir été opératoires sur le fond dans la mesure où deux visions ne s'opposent pas franchement⁹⁹⁵.

2. Une application redoutée par le corps médical

Lors des débats parlementaires, l'opposition se fait le porte-parole d'un corps médical qui appréhende les modalités d'application de l'accès au dossier médical. Le premier objet de discord est le contenu du dossier à proprement parler⁹⁹⁶. Tout d'abord, la question de l'inclusion des notes personnelles fait émerger une première contradiction. En effet, alors que deux amendements tendant à l'interdiction de l'accès aux notes personnelles du médecin ou de l'étudiant en médecine sont rejetés⁹⁹⁷, Bernard Kouchner précise que l'accès au dossier médical n'est qu'une "possibilité ouverte au malade" qui "n'interdit en rien aux médecins de consigner des notes personnelles ailleurs que dans le dossier médical" et Claude Evin renvoie ce problème à la responsabilité du médecin traitant ou du chef de service⁹⁹⁸.

Le second point qui a retenu notre attention concerne le caractère direct de l'accès au dossier médical. L'adoption d'un amendement de M. Jean-Pierre Foucher permettant aux commissions des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge d'accéder aux données médicales relatives aux plaintes ou aux réclamations⁹⁹⁹ est de nature à compenser le rejet de la proposition de Monsieur Dubernard de désigner un "correspondant médical" auprès des patients au niveau de l'unité de soins de tout

⁹⁹⁵ Ainsi, à la présentation de Bernard Kouchner, les députés Jean-Luc Prél et Jean-Michel Dubernard opposent les grandes lacunes du projet de loi : Pour M. Jean-Luc Prél "aucun des problèmes majeurs n'est abordé dans le projet présenté", ni la place des élus dans la démocratie sanitaire, ni la prévention sanitaire, ni les compétences des conseils régionaux de santé (rôle seulement consultatif dans le projet), ni le contrôle sur les agences régionales de l'hospitalisation. Enfin, "tout le monde s'accorde à dire qu'il n'y a pas en France de débat sur les orientations du système de santé". M. Jean-Michel Dubernard estime que le projet de loi présenté comporte deux parties d'intérêt inégal : la première de qualité (bien que le Droit à une mort digne ainsi que le Droit à ne pas être soumis à l'acharnement thérapeutique ne soient pas reconnus par le texte) consacrée au Droit des malades, auquel se rattache le Droit à l'indemnisation, la seconde, relative à la qualité du système de santé, qui serait en réalité une suite de mesures constituant un projet portant diverses dispositions d'ordre social mais "le texte aujourd'hui présenté ne répond pas à la nécessité d'une grande réforme de notre système de santé" puisqu'il oublie "la question principale, celle d'un accès égal à des soins de qualité égale, par-delà les disparités sociales et géographiques, demeure". www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html.

⁹⁹⁶ Bernard Accoyer critique l'absence de précisions sur la nature et le moment des documents à transmettre dans le dossier médical, www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html.

⁹⁹⁷ Jean-Michel Dubernard a proposé d'interdire l'accès aux notes personnelles du médecin et aux notes prises par un étudiant en médecine ; Bernard Accoyer a formulé un amendement visant à interdire la communication des notes personnelles. Jean-Luc Prél et Catherine Génisson ont dans le même sens invoqué le manque de qualité de la rédaction de la part des étudiants en médecine, susceptible d'entraîner une inquiétude chez le patient. www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html.

⁹⁹⁸ "les notes prises par un étudiant devaient être consignées dans le dossier sous la responsabilité du chef de service ou du médecin traitant". www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html.

⁹⁹⁹ avec l'accord écrit de l'ayant Droit lorsque le patient est décédé.

établissement de santé.

Quant à la délimitation des professionnels ayant accès au dossier médical, la loi la limitera aux professionnels de santé bien que soit proposée une consultation élargie à l'ensemble des professionnels en relation avec le patient¹⁰⁰⁰. En revanche, la rapidité et la gratuité de l'accès au dossier ne suscitent pas d'opposition¹⁰⁰¹.

La question préalable déposée par les membres du groupe RPR, est de nature à condenser les positions de chaque camp sur la question de l'accès au dossier médical. C'est un médecin hospitalier, Jean Bardet, qui se fait le porte-parole du groupe RPR pour contrer l'accès au dossier médical tel qu'il est prévu par le projet socialiste. Son argument est double : d'une part, le projet de loi contredirait la nécessité d'un accompagnement oral du patient par le médecin pour l'interprétation du diagnostic dans le cadre du "colloque singulier"¹⁰⁰² de la relation thérapeutique, d'autre part, la loi répondrait mal aux exigences d'une bonne information par son silence sur les conditions de la pratique hospitalière¹⁰⁰³. Les députés de gauche répondront au RPR qu'il maintient une "nostalgie pour le mandarinat" et l'inviteront à augmenter les moyens du système de santé lors du prochain examen de la loi de finance de la Sécurité Sociale¹⁰⁰⁴.

Finalement, les amendements adoptés par l'Assemblée nationale auront eu pour effet de :

- fixer le délai de consultation du dossier médical à huit jours (ce délai est porté à deux mois pour un dossier datant de plus de cinq ans),

¹⁰⁰⁰ L'amendement de M. Jean-Pierre Foucher étendant l'accès aux informations à celles détenues par l'ensemble des professionnels ou des organismes en relation avec le patient, même s'ils ne sont pas des professionnels ou des établissements de santé, n'est pas adopté. www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html.

¹⁰⁰¹ La commission a adopté l'amendement du rapporteur Jean-Jacques Denis, proche de celui de Jean-Luc Prével, fixant à huit jours le délai d'accès aux documents contenus dans son dossier médical au patient, et précisant le caractère gratuit de la consultation du dossier médical par le patient (*ibid*).

¹⁰⁰² "La confiance ne se décrète pas. La médecine n'est pas une science exacte, mais un art dans lequel les rapports entre médecins et malades sont complexes et parfois irrationnels."(*ibid*).

¹⁰⁰³ faible disponibilité, manque de psychologues, "course à la durée moyenne de séjour", chambres collectives, manque de soignants, dévalorisation des carrières hospitalières. (*ibid*).

¹⁰⁰⁴ Le Ministre délégué à la Santé répond à Jean Bardet en arguant du fait que le déficit de la sécurité sociale a été réduit à néant en 1999 et est même devenu excédentaires sous le gouvernement socialiste. Philippe Nauche qualifie de "nostalgie pour le mandarinat" la position de Jean Bardet et Muguette Jacquaint, pour le groupe du Parti Communiste, invite le RPR à voter prochainement "pour ses propositions visant à apporter de nouvelles recettes à notre système de santé" lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale. Jean-Luc Prével, pour l'UDF vote la question préalable au motif que la loi "n'est pas à la hauteur des enjeux". Marc Laffineur, pour le groupe DL, opte pour la même position. Jean-Michel Dubernard, pour le groupe RPR taxe le projet de "cerise sans gâteau" inapte à garantir un accès égal à des soins de qualité, en tous points du territoire. Le groupe RPR votera la question préalable. (*ibid*).

- maintenir l'accès au dossier médical en dépit du refus du patient de se faire accompagner par une personne de confiance¹⁰⁰⁵,
- établir la gratuité de la consultation.

Les débats parlementaires se poursuivent au Sénat mais ils sont essentiellement consacrés à

l'indemnisation de l'aléa thérapeutique¹⁰⁰⁶. L'accès direct au dossier médical n'est plus alors l'objet des discussions, largement centrées sur l'arrêt Perruche et ses conséquences. La commission mixte paritaire proposera d'infimes modifications sur la question du dossier médical¹⁰⁰⁷.

Dans la loi du 4 mars finalement adoptée, un nouvel article L. 1111-7 sur l'accès aux informations de santé¹⁰⁰⁸ définit les conditions de l'accès au dossier médical des patients. A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis, qui doit intervenir avant deux mois à compter de cette saisine, s'impose au détenteur des informations comme au demandeur¹⁰⁰⁹.

¹⁰⁰⁵ L'article L. 1111-5 du projet de loi régit les conditions de désignation d'une personne de confiance, qui peut être un parent, le proche ou le médecin traitant, hors de toute hospitalisation dans un établissement de santé (désignation écrite pouvant servir à un moment où le malade se trouverait hors d'état d'exprimer sa volonté, l'accompagnement dans ses démarches et l'assistance aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions). Il ne s'applique pas en cas de tutelle mais le juge des tutelles peut révoquer le tuteur.

B.2- LA RESURGENCE DE CONTRAINTES SPECIFIQUES

La loi du 4 mars 2002 se différencie totalement de la loi du 27 juin 1990. En effet, la première s'adresse à tous les patients, quelle que soit sa pathologie et quel que soit son

¹⁰⁰⁶ Avis présenté au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'Administration générale sur le projet de loi adopté par l'assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux Droits des malades et à la qualité du système de santé, M. Pierre FAUCHON, Sénateur, Annexe au procès-verbal de la séance du 16 janvier 2002. . www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html .

¹⁰⁰⁷ "En cas de décès du malade, l'accès des ayants Droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4", Adoption des conclusions du rapport de la commission mixte paritaire, Séance du 19 février 2002, "Droits des malades», travaux parlementaires, compte-rendu intégral. . www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html .

¹⁰⁰⁸ "Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers".

¹⁰⁰⁹ Pour le mineur hospitalisé dans un établissement de santé accueillant des malades atteints de troubles mentaux, le médecin peut selon la loi se dispenser du consentement d'un titulaire de l'autorité parentale en cas de nécessité de sauvegarde de la santé du mineur, dans le cas où le mineur refuse la consultation des titulaires de l'autorité parentale, mais doit tout faire pour l'en convaincre. Le mineur peut alors désigner une personne de confiance (article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique).

régime d'hospitalisation tandis que la seconde légifère spécialement en cas de trouble mental et d'hospitalisation, des dispositions spécifiques étant définies en fonction du caractère contraint de l'hospitalisation. L'information au malade hospitalisé sans consentement soulève de multiples problèmes pratiques vécus comme des injonctions contradictoires par les psychiatres qui ont à appliquer les nouveaux textes. Deux difficultés nous semblent symptomatiques d'un cadre normatif oublieux des contraintes pratiques attachées à la maladie mentale : l'existence d'hospitalisations sans consentement et la nature de certains troubles psychiques en matière de consentement. Ce double exemple n'est pas choisi au hasard car il révèle une ambiguïté normative persistante sur la différence entre consentement à l'hospitalisation et consentement aux soins.

1. Des injonctions contradictoires

La loi de 1990 oblige le psychiatre à notifier à l'intéressé le certificat circonstancié motivant la décision administrative d'hospitalisation d'office. Cette disposition, adoptée sur motif de l'indispensable information au patient a suscité de vives réactions.

En effet, l'Association Nationale des Présidents et Vice-présidents de Commissions Médicales d'établissement des Centres Hospitaliers Spécialisés dans une proposition de mémorandum sur la loi de 1990 datée de 1996, dénoncent deux contradictions. La première est d'ordre juridique : le psychiatre serait soumis à des injonctions contradictoires puisque la loi oblige le psychiatre à notifier le certificat circonstancié d'hospitalisation d'office motivant l'arrêté préfectoral¹⁰¹⁰ tandis que la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs stipule que les certificats médicaux ne peuvent pas être communiqués. La seconde se joue entre la loi, qui oblige à la notification du certificat à la personne hospitalisée d'office, et le Code de déontologie qui recommande une information adaptée du malade sur ses troubles¹⁰¹¹. Le recours au Code de déontologie intervient pour justifier la compétence médicale des psychiatres sur l'adaptation de l'information délivrée au malade sur ses troubles. Le raisonnement implicite est le suivant : comme le psychiatre est compétent pour poser un diagnostic et comme la pathologie mentale peut parfois constituer une pathologie du consentement, le psychiatre doit pouvoir s'opposer à l'accès direct du patient aux informations médicales le concernant.

La capacité du psychiatre à établir une "nosographie de l'incapacité à consentir" ne fait pas l'unanimité. Ainsi, le Docteur Claire Gekière, psychiatre de secteur, dénonce la mise en correspondance des diagnostics psychiatriques et des degrés de capacité à

¹⁰¹⁰ Décret du 28 novembre 1983. La jurisprudence Grare du 5 janvier 1993 du TA de Dijon confirme l'obligation de notification des arrêtés d'hospitalisation d'office aux intéressés. La jurisprudence de l'arrêt Mercier du 23 mars 1993 oblige à une motivation dépassant la mention du danger pour soi-même et pour autrui : elle doit dès lors s'appuyer sur les certificats médicaux.

¹⁰¹¹ Et la possibilité de ne pas révéler un diagnostic grave à un patient, article 42 de l'ancien Code de déontologie, article 35 du Code de déontologie de 1995, décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 (JO du 8 septembre) : "dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave (sauf risque de contamination d'un tiers).

consentir¹⁰¹². Sans rentrer dans le débat qui oppose les psychiatres, il convient certainement de noter l'aspect paradoxal de la loi de 1990, compte tenu de la particularité des pratiques courantes envers les malades mentaux en psychiatrie publique. Claire Gekière souligne en la matière qu'alors que l'unité de la demande de soins ne pose pas de problème dans le modèle psychothérapeutique individuel, il apparaît dans le cadre des hospitalisations sans consentement que la demande de soins et la souffrance ne sont pas portées par les mêmes personnes. L'existence d'un tiers demandeur, un proche dans le cas des hospitalisations sur demande ou l'autorité administrative dans le cas d'une hospitalisation d'office, vient brouiller la demande de soins. Le premier paradoxe de la loi de 1990 relevé consiste donc dans l'introduction du terme de consentement sous forme négative ("hospitalisation sans consentement") comme justification à l'internement, en l'absence de tout questionnement sur le consentement aux soins¹⁰¹³. Ainsi, le malade mental qui refuse les soins peut se voir opposer qu'il est incapable de consentir en raison de ses troubles. La loi de 1990 structure ainsi les conditions d'hospitalisation sous contrainte en employant une terminologie référée à une relation naturalisée de type contractuel entre le médecin et le patient.

Autrement dit, la loi de 1990 laisse en suspens la question de la distinction entre traitement involontaire et hospitalisation involontaire. Or le 12 avril 1994, suite à la Recommandation 1235 relative à la psychiatrie et aux Droits de l'Homme de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, le Comité des Ministres a créé un Groupe de travail sur la psychiatrie et les droits de l'homme, organe subordonné du Comité directeur pour la bioéthique qui a estimé que "même si le patient a été placé involontairement, la présomption de capacité de décider de son propre traitement prévaut, à moins que l'état d'incapacité de décider de son propre traitement ne fasse partie des critères juridiques du placement"¹⁰¹⁴. L'ambiguïté de la restriction apportée au principe de consentement au traitement est donc maintenue au niveau de l'interprétation européenne.

L'Association Nationale des présidents et vice-présidents de CME des CHS taxe la loi de 1990 de paradoxale au motif qu'elle "introduit généreusement mais à contre-emploi le sujet par son consentement, là où il ne saurait être requis".

En pratique, l'obligation de notification des certificats d'hospitalisation d'office aux patients est intervenue comme une première étape à la consécration de l'accès aux données médicales. Et déjà, elle est apparue aux yeux de nombreux psychiatres comme une injonction contradictoire, comme nous le confiait une praticienne exerçant depuis plus

¹⁰¹² Claire Gekière, "Comment le consentement vint au malade mental", *Raison présente*, n°144, 2003 (version transmise transmis par le Docteur Landazuri en 2001).

¹⁰¹³ Les fiches ministérielles d'information du 13 mai 1991 précisent seulement que le consentement n'a pas à être obligatoirement écrit (Directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990. Courrier de Jean-Simon Cayla au Médecin inspecteur de la santé de la DDASS Rhône, 9 juillet 1992, fiche 0, p. 558).

¹⁰¹⁴ "Livre blanc" sur la protection des Droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique, Comité directeur pour la bioéthique (CDBI), Réunion 701, 8 mars 2000 10, Questions juridiques, 10.1.

de vingt ans :

"En fait, on 'paradoxe beaucoup les psychiatres ' [...] Les certificats de HO peuvent être donnés au patient et doivent être de plus en plus argumentés" ¹⁰¹⁵ .

2. La transformation du contenu du dossier médical

Les psychiatres de secteur évoquent volontiers, et sans sollicitation de notre part, la loi du 4 mars 2002. La question de l'accès au dossier médical devient alors un objet systématique d'interrogations. La loi du 4 mars 2002 est parfois vécue comme un acte renvoyant à la stigmatisation des soignants en psychiatrie : les psychiatres dénoncent en effet l'image d'un praticien incapable de communiquer avec son patient, issue de l'obligation de donner un accès direct aux données médicales ("Avec la loi du 4 mars 2002, très "libérale", on passe toujours pour des gens qui ne parlent pas aux patients [...] Il y avait des fautes et même des abus, mais d'habitude on parle aux gens"¹⁰¹⁶). Bien que l'alliance thérapeutique soit érigée en axiome du processus thérapeutique par de nombreux syndicats psychiatriques¹⁰¹⁷, l'accès direct au dossier médical suscite de nombreuses réserves chez les praticiens.

Premièrement, les risques liés à l'annonce d'un diagnostic grave ou encore incertain sont avancés. Ainsi, un psychiatre chef de service nous confiait la nécessité de disposer de temps pour annoncer un diagnostic grave :

"La loi de 2002 est beaucoup plus pernicieuse (que la loi de 1990) Au risque de paraître facho, l'accès au dossier du patient, je suis pas pour. Pour vous donner un exemple, un patient dont on est sûr qu'il est schizophrène, il va falloir une à trois hospitalisations et des entretiens avec la famille pour que le patient en prenne acte. S'il lit "schizophrène" en première hospitalisation, tout ce boulot n'a plus de sens ... Mais s'il voit "schizophrénie paranoïde", il regarde dans le dico et il lit 'pensée coupée en deux', non, ça va pas !». ¹⁰¹⁸

Deuxièmement, les psychiatres de secteur ne dissocient pas la question de l'accès au dossier de celle de la spécificité pathologique en psychiatrie : c'est encore et toujours la différence avec la médecine qui fonde la nécessité de préparer le patient à l'accès aux données concernant sa pathologie ("En MCO, c'est légitime, mais dans le cadre de la psychiatrie")¹⁰¹⁹. Au niveau national, cette spécificité a conduit Le Comité d'action syndical de la Psychiatrie à exiger trois niveaux d'information "adaptés au domaine des troubles

¹⁰¹⁵ *Entretien avec le Docteur Bardane.*

¹⁰¹⁶ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁰¹⁷ En septembre 2000, le Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie (USP, SNPP, SUP, SPH, SPF, Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés) affirme : "En psychiatrie, l'alliance thérapeutique est essentielle : le travail en psychiatrie s'effectue en partenariat avec les usagers et les associations de malades et de famille. La recherche d'une alliance thérapeutique fait nécessairement partie du processus thérapeutique et de la pratique psychiatrique".

¹⁰¹⁸ *Entretien avec le Docteur Ajonc.*

¹⁰¹⁹ Entretien avec le Docteur Ajonc. MCO signifie "Médecine-Chirurgie-Obstétrique".

psychiques", trois niveaux de confidentialité : les informations directement communicables au patient limitées aux données synthétisées et objectives, les informations directement communicables avec l'intermédiaire d'un médecin tiers ou des médecins traitants du patient, les informations mettant en cause des tiers ou concernant le colloque singulier, éventuellement communicables à l'équipe soignante¹⁰²⁰.

Concrètement, la légalisation de l'accès direct du patient à son dossier médical a entraîné deux conséquences : la recherche d'un accompagnement du malade aux données médicales le concernant ("On met tout dans le dossier et si le patient le demande, je propose de d'abord en parler avec lui, avec ou sans la famille")¹⁰²¹, l'épuration du contenu du dossier médical.

Le constat d'une transformation des informations du dossier médical est général. Deux cas de figures semblent désormais caractériser les pratiques : un changement quantitatif et un changement qualitatif. La pratique des feuilles volantes peut ainsi constituer une solution d'épuration du dossier. Deux psychiatres de secteur nous ont confirmé une telle pratique :

"Ca a amené les gens à faire de faux dossiers, complètement émasculés, où il n'y avait rien du tout et puis des feuilles volantes. Nous, on le fait pas mais les ¾ des services hospitaliers le font"¹⁰²², "La situation se complique avec l'accès au dossier : on met des feuilles volantes, des notes qui ne font plus partie du dossier et voilà !"¹⁰²³

Toutefois, une plus grande attention aux droits des patients peut se concrétiser par le refus de recourir aux "feuilles volantes" ou le fait de ne plus écrire dans le dossier médical afin de "forcer" la consultation préalable du médecin ("je n'écris plus dans le dossier pour aider le patient dans l'éventualité d'une consultation")¹⁰²⁴. C'est le caractère systématique et exhaustif de l'injonction légale qui dérange les praticiens. Le soucis de préserver le patient des confidences d'un tiers intervient comme une contrainte supplémentaire pour le médecin ("Je suis légaliste mais parfois, c'est dur de toujours s'en approcher")¹⁰²⁵.

La transformation qualitative du contenu du dossier médical est également l'une des conséquences de la nouvelle législation. Comme la plupart des psychiatres de secteur que nous avons rencontrés estiment que certains patients ne sont pas prêts à connaître leur dossier, ils modifient leurs habitudes d'écriture du dossier. Ainsi, une solution consiste à écrire des commentaires laconiques ("la caricature, c'est : va bien- pas de risque suicidaire")¹⁰²⁶ ou à transformer la forme même des données du dossier médical. Un

¹⁰²⁰ Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie, *Douze points pour l'avenir de la psychiatrie, op. cit.*

¹⁰²¹ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹⁰²² *Ibid.*

¹⁰²³ *Entretien avec le Docteur Armoise.*

¹⁰²⁴ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁰²⁵ *Ibid.*

praticien raconte ainsi ses réticences à écrire "comme avant" en raison de ce qui pourrait perturber l'état du patient ou la relation médicale elle-même :

"On est prudent. Maintenant, on n'écrit pas les mêmes choses qu'avant dans les dossiers. On réfléchit dix fois avant d'écrire "risque suicidaire" ou "un tel est paranoïaque" car ça peut être un danger pour le psychiatre. On communique toujours entre médecins, par courriers, par téléphone et avec les comptes-rendus d'hospitalisation et d'entretiens. On devient prudent. On communique l'information utile mais différemment : on essaie de ne pas donner d'impressions personnelles. C'est un exercice un peu difficile". ¹⁰²⁷

Tous les praticiens soulèvent la difficulté pratique de l'accès direct au dossier médical en psychiatrie et chacun trouve un moyen d'y remédier : feuilles volantes, contenu épuré des appréciations personnelles, désignation des symptômes et non de la pathologie pour pouvoir être compris des autres professionnels, accompagnement oral du patient dans la consultation du dossier. Seul un jeune psychiatre se réjouissait pleinement du modèle contractuel de relation médicale :

"Tous mes collègues n'ont pas vu les choses comme ça, c'est la relation avec les patients, en règle générale en médecine, qui est devenue une relation contractuelle. Avec la loi de mars 2002, c'est plus une relation de "paternité". Je ne suis pas sûr que tout le monde l'ait compris, mes collègues je veux dire. Maintenant, on a une obligation d'information avant, pendant et après. On le faisait plus ou moins avant mais le mouvement s'est accéléré et on est vraiment dans une relation contractuelle. Ce qui facilite des choses d'un côté car on cherche l'adhésion du patient mais ça les complique en psychiatrie". ¹⁰²⁸

Une nouvelle pratique du dossier médical s'est instaurée mais on constate que les réticences médicales évoquées lors des débats parlementaires préalables à la législation de mars 2002, ont pu se traduire par un détournement de la loi. Toutefois, il semble que l'accompagnement du patient à l'annonce du diagnostic soit conçu comme un moyen de respecter la loi tout en préservant le colloque singulier entre le malade et son médecin.

II. Un droit qui voudrait bien fondé le recours à la contrainte

Le droit qui abroge en 1990 l'ancien texte de 1838 se réfère largement aux recommandations européennes pour justifier de la nouvelle économie des rapports entre l'administratif, le judiciaire, le médical, en matière d'hospitalisation psychiatrique contrainte. La loi de 1990 maintient le caractère administratif de la décision d'hospitalisation sans consentement. Pour traduire au niveau national les recommandations européennes, la valorisation de la compétence médicale en amont et en aval de l'hospitalisation contrainte doit être d'après les rédacteurs de la loi compensée par des garanties quant aux libertés individuelles, garanties offertes par l'institution d'une

¹⁰²⁶ *Ibid.*

¹⁰²⁷ *Entretien avec le Docteur Lavande.*

¹⁰²⁸ *Entretien avec le Docteur Lavande.*

commission de contrôle des hospitalisations psychiatriques au niveau départemental. Les textes et jurisprudences européens font de la nécessité du traitement psychiatrique un critère second par rapport au critère de dangerosité motivant une hospitalisation décidée par l'autorité publique.

Tout d'abord, notre développement visera à démontrer la reproduction législative des ambiguïtés normatives propres au droit européen : le choix entre la nécessité médicale de soins et la nécessité sociale de protection de l'ordre public n'est pas clarifié, ce qui peut expliquer les injonctions contradictoires faites au psychiatre de service public. Nous verrons ici comment un droit spécifique est introduit au niveau réglementaire.

Ensuite, il s'agira d'expliquer en quoi les résistances au nouveau droit révèlent la contradiction constitutive de l'identité actuelle de la psychiatrie publique. En effet, la revendication du statut de tiers médical vis-à-vis du pouvoir judiciaire ou administratif, traduite en droit, coexiste avec celle de la participation de la psychiatrie à la décision contrainte de soins. Autrement dit, le recours étendu à l'expertise médicale et le maintien d'un droit spécifique à la contrainte de soins révèlent une identité psychiatrique publique en tension entre des velléités d'indépendance et une instrumentation au service du maintien de l'ordre public. C'est ici que surgit la contradiction qui traverse historiquement l'identité de la psychiatrie publique : la position du médecin comme tiers est nécessaire à l'efficacité de la relation thérapeutique d'une part mais l'évaluation de la capacité à consentir aux soins doit se fonder sur la compétence du médecin. Autrement dit, la psychiatrie publique se défend d'être un auxiliaire de justice pour maintenir son statut de tiers médical vis-à-vis de l'autorité judiciaire ou administrative mais revendique un rôle décisif dans la décision de soins contraints¹⁰²⁹. Le rapport d'extériorité que la psychiatrie souhaite entretenir avec les gestionnaires du social entre paradoxalement en contradiction récurrente avec la défense de leur compétence médicale.

A- Expertise médicale et judiciarisation des soins

Dans notre Livre I, nous avons évoqué le lien historique qui a pu exister en matière pénale entre la valorisation de l'expertise psychiatrique et la non judiciarisation des soins contraints. Ici nous allons analyser comment la justification médicale du soin contraint énoncée au niveau européen est conforme à une tradition psychiatrique française tendant à rejeter la judiciarisation des hospitalisations sans consentement. Donner une compétence au juge serait nier la compétence médicale du psychiatre en matière de droit pénal ; il en serait de même d'après les psychiatres de service public si l'on judiciarisait les décisions d'hospitalisation en dehors de tout procès.

1029

L'association nationale des Présidents et Vice-Présidents des CME de CHS écrit ainsi : "qu'opposer à un psychotique non délirant manifestement ?...à un névrosé apte au consentement mais déniait la situation de danger où le placent ses tendances suicidaires ?...L'impossibilité pour un patient de donner son consentement ne saurait être assimilée à un refus, pas plus que son consentement ne saurait porté en lui même le garant de sa validité (malades débiles, confus ou délirants)", C. Barthélemy, J-M. Villon, "Proposition de mémorandum sur la loi du 27 juin 1990", (Association Nationale des psychiatres Présidents ou Vice-Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés, 1996, www.ch-le-vinatier/cme-psy).

A-1- LES SOINS COMME MOTIF

Le législateur de 1990 fonde sa volonté de faire dépendre l'hospitalisation contrainte d'une nécessité thérapeutique sur une recommandation européenne dont nous allons analyser le contenu et les références. Historiquement, la nécessité de soins dans le discours psychiatrique a toujours été un motif de la défense du caractère administratif de l'hospitalisation sans consentement. C'est donc sans opposition qu'est consacré juridiquement le renforcement du poids de l'avis médical dans la décision de l'hospitalisation sans consentement. Ce dernier se fait sur deux fronts : en amont de l'hospitalisation par la multiplication de certificats médicaux et en aval, par le renouvellement périodique de l'avis médical pour le maintien de l'hospitalisation.

1. Une exigence européenne...

L'abrogation de la loi de 1838 est motivée par les parlementaires en 1990 par la nécessité de se conformer aux dernières recommandations du Conseil de l'Europe¹⁰³⁰. La référence explicite à ces recommandations est faite par Didier Chouat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le 15 mai 1990 : "le projet du Sénat tient compte de la recommandation européenne de 1983"¹⁰³¹. Le Ministre Claude Evin souligne plus précisément "la nécessité de (se) mettre en cohérence avec la recommandation européenne du 22 février 1983 et la résolution 1989-40 de la Commission des Droits de l'Homme de l'ONU" pour adapter la législation française au contexte européen¹⁰³². Pour Janine Ecochard, député socialiste, la nécessité de tenir compte des recommandations du Conseil de l'Europe du 22 février 1983, a même servi de "base au projet de loi de 1990"¹⁰³³. Cette recommandation s'inscrit dans une longue liste de déclarations ou chartes internationales évoquant les droits des malades mentaux¹⁰³⁴ dont certaines sont relativement anciennes¹⁰³⁵.

La recommandation du Conseil des Ministres de 1983¹⁰³⁶ s'appuie sur la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales et la Recommandation 818 de 1977 de l'Assemblée Consultative du Conseil de l'Europe relative à la situation des malades mentaux. Elle comprend onze articles qui concernent le placement involontaire ou le maintien des personnes atteintes de troubles mentaux dans un établissement «aux fins de traitement». Plusieurs points sont abordés par la

¹⁰³⁰ notamment l'article 5-1° de la recommandation n° R 83/2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires adoptées par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe du 22 février 1983. Cette recommandation met l'accent sur trois points essentiels : une obligation d'information du malade sur sa situation juridique, la reconnaissance d'un certain nombre de Droits essentiels et des garanties particulières dans les relations avec l'autorité médicale.

¹⁰³¹ Didier Chouat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1297).

¹⁰³² Claude Evin, *Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1300 et p. 1302.

¹⁰³³ L'autre base de réflexion revendiquée est Rapport Zambrowski (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1312).

recommandation.

Premièrement, le placement pour un trouble mental doit être motivé par la nécessité de soins induisant un grave danger pour sa personne ou celle d'autrui¹⁰³⁷, et non par des difficultés d'adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques ou autres¹⁰³⁸. Cette préconisation s'appuie sur la recommandation 818 du Conseil de l'Europe de 1977 d'après laquelle "les anomalies de comportement relevant de la morale ou de la loi ne sont pas en elles-mêmes assimilables aux maladies mentales". L'arrêt Winterwerp/Pays-Bas¹⁰³⁹ de la Cour Européenne des Droits de l'Homme énonce le même principe d'interdiction de la détention d'une personne "du seul fait que ses idées ou son comportement s'écartent des normes prédominantes dans une société donnée". Les rédacteurs de ce dernier texte ont voulu ainsi exclure de l'internement quatre catégories :

¹⁰³⁴ Nous citons quelques uns d'entre eux à titre d'exemple : la Déclaration universelle des Droits de l'homme (Assemblée générale des Nations-Unies, 10 décembre 1948, articles 3,5 à 10, 12, 25 et 26), les Résolutions 33/53 du 14 décembre 1978 et 10 A du 11 mars 1977 de la Commission des Droits de l'homme de l'Assemblée générale des Nations-Unies qui rappellent un certain nombre de principes (le consentement aux soins, la notification des Droits et des conditions de vie dans les services de santé mentale, la mise en place d'organes de révision, de garanties de procédures et de contrôle), la Déclaration sur la Protection des personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration des soins de santé mentale (AG des Nations-Unies, résolution 46/119, 17 décembre 1991).

¹⁰³⁵ Différents textes furent adoptés en assemblée générale et successivement amendés au fil de l'apparition d'exigences nouvelles : le Serment de Genève (sept. 1948) amendé en 1968 et 1983, le Code international d'éthique médicale (oct. 1949) amendé en 1968 et 1983, la Déclaration d'Helsinki, adoptée à Helsinki en 1964, révisée à Tokyo en 1975 et à Venise en octobre 1983 – et qui sont autant de recommandations destinées à guider les médecins dans les recherches biomédicales portant sur l'être humain. La Déclaration de Hawaï, adoptée dans le cadre du 6ème Congrès mondial de psychiatrie en 1977, a dénoncé les pratiques psychiatriques à des fins autres que thérapeutiques et a donné une définition des devoirs du psychiatre, qui doit s'abstenir de tout traitement psychiatrique imposé, agissant uniquement dans l'intérêt du malade et du respect de sa dignité. La Déclaration de Manille de septembre 1981 prend en compte, à propos du consentement du sujet, les populations vulnérables, incapables d'un acte de pensée autonome (enfants, malades mentaux...).

¹⁰³⁶ Recommandation n° R (83) du comité des ministres aux Etats membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires, adoptée par le Comité des Ministres le 22 février 1983, lors de la 356e réunion des Délégués des Ministres (Cf annexe). Lors de l'adoption de la recommandation et en application de l'article 10.2.c du Règlement intérieur des réunions des Délégués des Ministres, les Délégués des Etats membres ont réservé le Droit de leurs Gouvernements de se conformer ou non aux dispositions susmentionnées des règles annexées à la recommandation. D'autres recommandations ont constitué une première formulation des Droits des malades : la Recommandation n°R (80)4 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe du 30 avril 1980, qui incitait à "la participation active du malade à son propre traitement" en est une. La Recommandation n°R(85)3 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe sur "les devoirs juridiques des médecins vis à vis de leurs patients" du 26 mars 1985 complète la recommandation évoquée ici par les parlementaires français.

¹⁰³⁷ Article 3.

¹⁰³⁸ Article 2.

¹⁰³⁹ "Affaire Winterwerp- Arrêt", Strasbourg, 24 octobre 1979, paragraphe 37.

"l'opposition politique, les croyances et la pratique religieuses, le non-conformisme artistique et le non-conformisme social"¹⁰⁴⁰.

Deuxièmement, la décision de placement par le judiciaire ou toute autre autorité appropriée désignée par la loi doit pouvoir faire l'objet d'un recours sauf en cas d'urgence¹⁰⁴¹, ainsi que d'un examen périodique¹⁰⁴². Dans l'affaire Winterwerp/pays-Bas¹⁰⁴³, la Cour énonce les trois conditions minimales qui doivent être remplies pour que la décision de priver un malade mental de sa liberté établisse une "détention régulière" : l'établissement de l'aliénation par une expertise médicale "objective" devant l'autorité nationale compétente, l'existence de troubles mentaux tels que l'internement paraîtrait justifié, et la prolongation de l'internement uniquement si les troubles mentaux persistent.

La Cour formule une exception à ces règles concernant les mesures adoptées en cas d'urgence, qui peuvent être adoptées par une autorité autre que celle compétente, et ce, à titre provisoire. Puisque le juge doit forcément s'en remettre aux conclusions des experts-psychiatres pour apprécier si le trouble revêt une ampleur légitimant l'internement, la Cour européenne a apporté lors de l'affaire Van der Leer/ Pays-Bas (arrêt du 21 février 1990) des précisions au sujet de la mise en œuvre des trois conditions énumérées précédemment : le malade a le droit d'être entendu par l'autorité nationale compétente, par le juge avant que son internement ne soit décidé, ainsi que celui d'être informé immédiatement de la décision d'internement et de ses motifs. Le demandeur du placement et le décideur du placement doivent être distincts. Le patient doit être informé, conseillé et disposer recours auprès d'un tribunal devant statuer rapidement¹⁰⁴⁴. Cette jurisprudence est complétée dans l'affaire Herczegfalvy/Autriche¹⁰⁴⁵ : la Cour Européenne justifie la nécessité de l'information des recours possibles par la situation d'infériorité et d'impuissance qui caractérise les malades internés dans les hôpitaux psychiatriques.

2. ...en accord avec l'opposition historique à la judiciarisation

La loi de 1838, établissait les dispositions communes à toutes les personnes placées sous la contrainte dans les établissements d'aliénés. Elle prévoyait notamment la possibilité pour toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, pour

¹⁰⁴⁰ T. Douraki, "Droit européen et psychiatrie", in A. V. Tramoni (dir), *Ethique médicale et psychiatrie*, Masson, collection "Médecine et psychothérapie", 1997, p. 10.

¹⁰⁴¹ La décision de placement doit pouvoir faire l'objet d'un contrôle a posteriori de l'autorité compétente sur avis médical et selon une procédure simple et rapide.

¹⁰⁴² Article 8. Le recours à une autorité judiciaire ne doit pas se limiter à la première décision de placement.

¹⁰⁴³ "Affaire Winterwerp- Arrêt", Strasbourg, 24 octobre 1979.

¹⁰⁴⁴ D'après l'article 4, le juge doit pouvoir entendre personnellement le patient ou un représentant.

¹⁰⁴⁵ Arrêt du 24 septembre 1992, série A, n°244.

son tuteur, si elle est mineure, pour son curateur, tout parent ou ami, à quelque époque que ce soit, de se pourvoir devant le tribunal du lieu de l'établissement, tribunal pouvant, après vérifications nécessaires, ordonner la sortie immédiate¹⁰⁴⁶. La loi de 1838 instituait donc un contrôle judiciaire a posteriori de l'internement administratif.

La loi de 1838 fut bien admise par l'opinion publique de 1838 à 1860. De 1860 à 1914, de violentes campagnes de presse, des attaques par l'opinion publique et de représentants élus émergent contre la loi de 1838 (pouvoir administratif), les médecins et les asiles (surtout privés). De nombreux projets de loi voient le jour à la fin du XIXème siècle mais pour les médecins, les abus viendraient de l'application défectueuse de la loi¹⁰⁴⁷. Dans l'entre-Deux-guerres, l'ouverture de services libres, pour la première fois en 1922, et leur officialisation ministérielle par la circulaire Rucart du 10 octobre 1937, la possibilité de transformer un placement d'office en placement volontaire (le 8 décembre 1938) et la création des sorties d'essai, modifient la pratique de la loi de 1838. Mais après 1945, il n'existe toujours pas de texte légalisant les placements libres alors que les placements involontaires ne vont cesser de décroître.

Les projets de remplacement de la loi de 1838 seront dès lors de deux sortes : soit on revendique des lois spécifiques de judiciarisation du placement volontaire, avec ou sans article 64, avec ou sans appel possible de la part du malade, soit on exige des lois instituant un droit commun par l'abrogation de lois spécifiques en vigueur (l'article 64 du Code Pénal par exemple). Entre 1870 et 1939, on trouve des projets très variés. S'agissant des garanties de la liberté individuelle, les projets proposent, entre autres "la surveillance des aliénés maintenus à domicile, la suppression des asiles privés, et la création de commissions permanentes de surveillance des asiles de composition médico-judiciaire, la création d'un Conseil Supérieur des aliénés, et la réorganisation de l'Inspection des asiles"¹⁰⁴⁸. La réappropriation, par les instances judiciaires du pouvoir de décider du placement volontaire ou d'office constitue le point d'achoppement de toute tentative de réforme

La plupart des psychiatres s'exprimant sur ces questions dans les années 1960 et jusque dans les années 1980 vont s'opposer à la judiciarisation des mesures de soins contraints et proposer en contrepartie le renforcement du contrôle a posteriori de ces mesures.

En 1986, le Rapport Zambrowski demande à ce que la loi de 1838 soit réformée. Il s'agit alors, outre des transformations terminologiques¹⁰⁴⁹, de modifier la loi sans en bouleverser le "remarquable équilibre entre préfet, procureur, médecins, famille ou tiers"¹⁰⁵⁰. Un sondage révèle alors que seuls 18% des psychiatres sont pour l'abrogation de la

¹⁰⁴⁶ Article 29 de la loi du 30 juin 1838. Les chefs d'établissements ne peuvent en aucun cas retenir une personne dont la sortie a été ordonnée par le préfet ni empêcher la transmission d'une requête (art 29, 30). section 4, Titre 2.

¹⁰⁴⁷ En 1870, c'est le Projet Gambetta et Magnin ; en 1872 c'est le Projet Roussel, Jason et Desjardins, en 1888 le projet Roussel, en 1891 le Projet Reinach, en 1898 le Projet Dubief ... ; Séminaire Docteurs Diligent, Oury et Jacob, *Réforme de la loi de 1838, Protection des biens et de la personne*, 28 janvier et 11 février 1982, p. 4 (Documents DGS).

¹⁰⁴⁸ Catherine Canillot, "La loi du 30 juin 1838 : impossible réforme ?", *op. cit.*, p. 101.

loi de 1838 tandis que 63% se déclarent favorables à une réforme¹⁰⁵¹. L'exigence d'abrogation de la loi de 1838 semble moins forte que dans les années 1960, probablement en raison de l'évolution du paysage institutionnel psychiatrique : le développement de l'extra-hospitalier a modifié les pratiques et restreint largement son champ d'application. L'opposition à la judiciarisation des soins contraints a toujours été justifiée par la défense d'une compétence médicale, rappelant ainsi la naissance de la psychiatrie au début du XIX^{ème} siècle, correspondant à la non application du droit pénal.

Nous avons déjà évoqué les termes du débat lors du projet de réforme de la loi de 1838 dans les années 1960, sur la protection des biens. La protection de la personne a également fait l'objet de nombreuses discussions au sein de la commission spéciale instituée par le Ministère de la Justice en 1963¹⁰⁵².

A l'époque, le Procureur Général Monsieur Aydalot préconise la judiciarisation du placement d'office, tandis que les médecins souhaitent un contrôle accru des médecins chefs des hôpitaux psychiatriques, y compris à but lucratif¹⁰⁵³. Georges Daumézon parle même de "scandale"¹⁰⁵⁴ pour désigner l'absence de contrôle des établissements privés. Concernant la décision de placement et de sa durée, la compétence du médecin, dans l'appréciation, "au jour le jour" de la nécessité de retenir un malade contre son gré, constitue l'argument principal à l'opposition à la judiciarisation du placement¹⁰⁵⁵. La proposition de Gerthoffer d'instituer une hospitalisation obligatoire de six mois pour "permettre de faire un tri des malades" est rejetée par les psychiatres qui ne souhaitent pas créer de différence de statut entre les patients au long cours et les autres. Le choix d'un conseil de protection décidant des hospitalisations d'office, imaginé par le conseiller aux affaires judiciaires Gerthoffer, est refusé par les psychiatres au motif qu'il est "incapable de suivre l'évolution de la maladie"¹⁰⁵⁶. Finalement, selon les médecins des hôpitaux psychiatriques, leur compétence doit être requise pour apprécier l'incapacité de

¹⁰⁴⁹ Le Rapport Zambrowski souhaite que les "aliénés" deviennent "personnes atteintes de troubles mentaux", et le "Placement volontaire", "placement sur demande". La loi de 1990 répondra favorablement à ce souhait formel.

¹⁰⁵⁰ Rapport Zambrowski, Annexe III, pp. 17-21 et p. 151.

¹⁰⁵¹ *L'information psychiatrique*, n°62, septembre 86.

¹⁰⁵² Le projet de réforme de 1963 ne débouchera sur aucune modification de la loi de 1838 concernant la protection des personnes.

¹⁰⁵³ Les derniers inspecteurs de la psychiatrie ont disparu en 1936. Hubert Mignot signale que beaucoup de malades sont soignées dans des cliniques libres et y sont retenus contre leur gré sans aucun contrôle, Réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, Procès verbal du 2 mars 1964, p. 18 (Documents DGS).

¹⁰⁵⁴ Réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, Procès verbal du 2 mars 1964, p. 9 (Documents DGS).

¹⁰⁵⁵ Hubert Mignot signale que la judiciarisation du placement suppose que "l'on peut prévoir pour plusieurs semaines ou plusieurs mois, la nécessité de ces mesures privatives de liberté, ce qui n'est pas le cas", Réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, Procès verbal du 2 mars 1964, p. 18 et p. 20 (Documents DGS).

juger de l'opportunité des soins.

Il convient ici de noter que les psychiatres de la commission de réforme, fonde leur exigence de désépécification juridique du statut du malade mental sur l'indistinction entre la maladie physique et la pathologie mentale¹⁰⁵⁷.

Hubert Mignot déclare ainsi :

"La limitation de la liberté de la personne que représentent des soins ou une hospitalisation imposée ne peut se justifier qu'à l'égard de sujets qui, du fait même d'un état morbide ou d'une déficience physiologique se trouvent passagèrement ou définitivement hors d'état de porter un jugement valable sur l'opportunité de se soigner... pas à tous les sujets mais seulement ceux dont la maladie ou la déficience physiologique est grave et peut, si elles ne sont pas soignées avoir des conséquences véritablement dangereuses, soit pour le sujet lui-même soit pour des tiers [...] Le terme de majeur déficient a l'inconvénient de sembler caractériser une sorte d'infirmité, c'est-à-dire un état morbide fixé... comme si les maladies (exigeant des soins ou une hospitalisation imposée) avaient habituellement un caractère de fixité que démentent les faits et les statistiques"¹⁰⁵⁸.

C'est bien la capacité médicale à évaluer d'une part la nécessité des soins qui est valorisée. Dès lors, le médecin psychiatrique a la compétence d'intégrer à son diagnostic une évaluation sur la validité du jugement du patient, le préfet la compétence d'évaluer la dangerosité de la personne et le juge la charge de contrôler la régularité de la mise en œuvre de leurs pouvoirs respectifs. Cet équilibre des pouvoirs est jugé favorablement par les médecins des hôpitaux psychiatriques. Trois points témoignent de ce jugement.

En 1966 tout d'abord, Bailly-Salin justifie dans le Livre Blanc de la Psychiatrie Française l'opposition partielle à une proposition de modification de la loi de 1838 au motif que le préfet et les autorités administratives disparaissent totalement du texte. Ceci est jugé dangereux au motif que le placement se fera désormais en fonction du "hasard de la prise en charge policière"¹⁰⁵⁹. En contrepartie, le même psychiatre proposera que les mesures exorbitantes du droit commun en matière d'hospitalisation soient motivées et signalées à l'autorité judiciaire¹⁰⁶⁰. En 1978 ensuite, le sénateur Henri Cavaillet propose une loi tendant à modifier les conditions de mode de placement dans les établissements de soins prévues par la loi du 30 juin 1838¹⁰⁶¹. Cavaillet propose un texte multipliant l'intervention du magistrat en amont et en aval de l'hospitalisation. Il se heurte au refus

¹⁰⁵⁶ Hubert Mignot, Réunion de la commission de réforme de la loi de 1838 PV du 2 mars 1964, p. 22 (Documents DGS).

¹⁰⁵⁷ Hubert Mignot juge cette distinction non "conforme aux données scientifiques" et se demande par exemple si la paralysie générale méningoencéphalite syphilitique sera considérée comme une maladie physique ou mentale, Réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, Procès verbal du 2 mars 1964, p. 20 (Documents DGS).

¹⁰⁵⁸ Hubert Mignot, *ibid*, pp. 16-17.

¹⁰⁵⁹ Pr Bailly-Salin, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, Privat, 1966, p. 109.

¹⁰⁶⁰ Pr Bailly-Salin, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, *op. cit.*, p. 109.

quasi-unanime de la profession¹⁰⁶². En 1982 enfin, un projet de loi initié par le Ministère de la santé conduisant à déspecifier la loi en étendant l'obligation de soins à toute personne à capacité décisionnelle réduite ou nulle, confie la décision de placement d'office au juge et non au préfet. Ce projet suscite la réaction négative de la Chancellerie qui juge inopportun d'étendre le champ d'application d'une loi d'exception et de faire dépendre la décision de placement d'office des lenteurs de la procédure judiciaire. La Commission des Maladies Mentales approuve cette position.

Lors des débats parlementaires préalables à l'adoption de la loi de 1990, seul le Parti Communiste se prononce lors des débats pour la judiciarisation des hospitalisations sans consentement¹⁰⁶³. Quant aux autres, au minimum, ils avancent timidement l'idée d'une harmonisation européenne¹⁰⁶⁴ ; au maximum, ils se prononcent résolument contre la

¹⁰⁶¹ Constatant que l'admission consentie concerne environ 85% des malades hospitalisés, mais que les internements abusifs existent toujours, la proposition de loi du sénateur Henri Cavaillet distingue deux modes de placement pour une période d'observation de 72 heures, avec ou sans état d'urgence. Sans état d'urgence, le placement est conditionné par une demande d'admission ordonnée par le Président du tribunal d'instance saisi par toute personne, et quatre certificats médicaux. Interdiction de signature est faite au médecin attaché à l'établissement ou parent ou allié au second degré. Pour le placement en urgence, en cas de danger imminent attesté par le certificat d'un psychiatre désigné par le Tribunal d'Instance du lieu où se manifeste le danger, ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres communes ordonnent à l'égard des personnes dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public et la sûreté des personnes de manière urgente toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les 24 h au Préfet, qui statue sans délai. Un système de contrôle périodique est prévu pour tous les modes de placement au bout de 72 h, 15 jours, 30 jours puis 90 jours. Le certificat de maintien implique obligatoirement la désignation par le Président du Tribunal d'Instance d'un médecin psychiatre chargé d'une expertise contradictoire et la grande nouveauté réside dans la désignation d'un avocat à la personne malade. Enfin, tous les quatre mois, un rapport sur l'état de chaque personne retenue, rédigé par le médecin de l'établissement doit être envoyé par le directeur au Préfet. Henri Cavaillet, Proposition de loi n°531, seconde session ordinaire de 1977-1978 (Documents DGS).

¹⁰⁶² cf Journées de Reims de l'Association Française de la Psychiatrie et le Congrès du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux à Deauville.

¹⁰⁶³ Le Parti Communiste se voit systématiquement rejeter ses amendements prônant une telle judiciarisation des mesures d'hospitalisation sans consentement Pierre Lequiller rappelle que le contre projet présenté au sénat pour la judiciarisation a été rejeté à une faible majorité et défend l'idée que le passage devant le juge permet à l'intéressé de s'exprimer lui-même ou par l'intermédiaire de son conseil ou du médecin de son choix et au juge de savoir s'il y a ou non collusion anormale de l'entourage contre l'individu en cours d'internement (p. 1316). L'amendement communiste n°103 qui propose l'énoncé "sauf les mesures de protection prévues par le Code de la Santé Publique, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction des libertés individuelles" est rejeté dans un scrutin public à 282 voix contre 255, sur 537 voix exprimées (p. 1326). L'amendement n°43 du groupe communiste sur l'impossibilité d'un placement en raison d'un écart d'idée ou de comportement par rapport aux normes dominantes d'une société donnée n'est pas adopté (p. 1329). Sur les HDT, l'amendement communiste sur la judiciarisation n°69 est rejeté (au scrutin public, à 537 voix contre). Les amendements communistes n°69, n°86 et n°100 visant la judiciarisation des mesures de placement sur demande d'un tiers sont rejetés (pp. 1348-1352). Sur les HO, l'amendement communiste n°71 sur le pouvoir du maire et des commissaires de police à Paris propose une logique passant par le TGI et le secteur psychiatrique par une structure d'accueil d'urgence permettant une observation de 48h sous la responsabilité d'un secteur psychiatrique. Didier Chouat refuse cette proposition. Claude Evin est du même avis. L'amendement n°71 est voté à scrutin public ; il est rejeté à 547 contre (p. 1368). *Débats parlementaires, op. cit.*

judiciarisation pour des raisons soit historiques («elle ne correspond pas aux conditions d'exercice de la psychiatrie en France"¹⁰⁶⁵), d' "équilibre des pouvoirs entre le préfet, le magistrat, la famille et le médecin"¹⁰⁶⁶, soit matérielles liées aux délais propres à l'activité judiciaire"¹⁰⁶⁷. Les députés socialistes avancent de surcroît que le caractère administratif de l'hospitalisation contrainte a reçu l'approbation de la part de la commission nationale consultative des droits de l'homme et des associations de patients"¹⁰⁶⁸.

A-2- LE RENFORCEMENT JURIDIQUE DE L'EXPERTISE MÉDICALE

La loi du 30 juin 1838 conditionnait le placement d'office de la personne dont l'état d'aliénation aurait pu compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, à un ordre motivé du préfet"¹⁰⁶⁹. Mais si l'ancien article L. 343 du Code de la Santé Publique prévoyait deux critères au placement d'office (le danger pour l'ordre public et la maladie mentale cause de ce danger)¹⁰⁷⁰, il ne conditionnait pas la décision à un avis médical systématique. En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, l'autorité administrative pouvait en effet agir en l'absence de médecin. Le fait pour l'arrêté préfectoral de police administrative de se baser sur certificat médical n'était qu'une possibilité"¹⁰⁷¹. Dans la pratique cependant, "l'avis médical préalable et concordant ne manquait pratiquement jamais"¹⁰⁷². C'est ce "presque jamais" que la loi de 1990 a voulu interroger en multipliant les occasions pour le médecin de cautionner un acte de

¹⁰⁶⁴ C'est l'argument de Jean-François Mattéi selon lequel le choix de la non judiciarisation n'est pas justifié correctement par le groupe socialiste : il aurait fallu dire d'après lui que le juge se fondant sur un certificat médical "ne jouerait pas un rôle bien différent de l'autorité administrative" et que "l'appréhension d'un risque de trouble à l'ordre public (donc non définitivement constitué) relevait bien d'une action préventive, donc de la compétence des autorités administratives" (p. 1311). Le groupe UDC, par la voix de Bruno Durieux, approuve également la non judiciarisation des procédures de placement (p. 1316). *Débats Parlementaires, op. cit.*

¹⁰⁶⁵ Didier Chouat (p. 1297). Elisabeth Hubert (RPR) approuve la non-judiciarisation car "le préfet est l'autorité de tutelle en matière sanitaire, le placé d'office est avant tout un malade, la rapidité de la mesure est assurée par la mesure administrative" (p. 1324). *Débats Parlementaires, op. cit.*

¹⁰⁶⁶ Claude Evin, *Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1302.

¹⁰⁶⁷ Quelques interventions rappellent tout de même la faiblesse des moyens mis à disposition par la justice pour contrôler les internements a posteriori, compte tenu de la psychiatisation abusive des personnes âgées et des handicapés profonds "faute d'autres structures", précise Roselyne Bachelot. Elisabeth Hubert approuve ce constat : "le gouvernement est trop prudent concernant les patients qui n'ont pas leur place à l'HP (personnes âgées, handicapés mentaux...) [...] la discipline psychiatrique accueille tous ceux qu'on ne sait pas où hospitaliser". Claude Evin renvoie les auteurs de ces remarques au plan préparé par le gouvernement destiné à faire passer de 8000 à 13000 les places d'accueil pour adultes handicapées (*Débats Parlementaires, op. cit.*, pp. 1323-1325).

¹⁰⁶⁸ Claude Evin, *Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1301.

¹⁰⁶⁹ D'après les articles 18, 23 et 24 de la loi de 1838, le préfet doit statuer dans les 24 heures sur toute mesure provisoire. Hospices, hôpitaux et communes sont astreints aux réceptions provisoires mais en aucun cas les aliénés ne peuvent être déposés dans une prison.

contrainte à l'égard d'une personne jugée atteinte de troubles mentaux.

1. La multiplication des certificats médicaux

Le souci affiché par la loi de 1990 est "d'assimiler le malade mental au patient de droit commun" pour le malade librement hospitalisé. En contrepartie, les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement doivent trouver des garanties. En amont, il s'agira de multiplier les avis concordants sur la nécessité des soins¹⁰⁷³ ; en aval, il faudra permettre au patient d'effectuer un recours, notamment auprès d'une commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Le projet de loi visant à abroger la loi de 1838 va ainsi conserver le principe du contrôle judiciaire a posteriori des placements sous contrainte et valoriser l'évaluation médicale de la nécessité de soins.

Le projet de loi n°1291 de 1989, dans un article L. 342 fixe de nouvelles conditions légales du placement d'office. Il s'agit désormais de subordonner la décision de l'autorité administrative à un avis médical :

"A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les préfets prononcent par arrêté, après avis médical écrit, le placement d'office... des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. L'avis médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu le placement nécessaire"¹⁰⁷⁴ .

Le premier objet de débat parlementaire concerne la nature de l'avis médical sur lequel l'autorité administrative s'appuie pour ordonner la mesure de placement. Les termes

¹⁰⁷⁰ Dans les faits, le Docteur Michel Henne reconnaît en 1960 que le placement d'office a pu être préféré au placement volontaire en l'absence de tout danger avant l'unification des dispositions financières de prise en charge de tous les malades mentaux par les collectivités, car il entraînait une prise en charge automatique. De la même façon, de jeunes enfants ou des vieillards étaient hospitalisés d'office par "commodité" en l'absence de famille signant la demande de placement volontaire. Michel Henne signale que l'on voit encore en 1960 des arrêtés de placement d'office concernant des enfants en bas âge que l'on déclare avec exagération "dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes" (Michel Henne, "Question de médicament", *L'information psychiatrique*, mai 1960, n°5, p. 697).

¹⁰⁷¹ Le caractère facultatif de l'avis médical expliquait en retour que l'administration préfectorale ne levait pas toujours les placements d'office lorsque les médecins le demandaient. Mr Massat, Compte rendu de la réunion du 2 octobre 1986, groupe de travail présidé par Zambrowski, p. 5 (Documents DGS).

¹⁰⁷² Michel Henne, "Question de médicament", *L'information psychiatrique*, *op. cit.*, p. 698.

¹⁰⁷³ Dans le projet de loi amendé par le sénat, le placement à la demande d'un tiers est justifiée si se cumulent "l'impossibilité d'un consentement du fait des troubles, la nécessité de soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, notamment lorsque son comportement compromet sa sécurité ou celle d'autrui" (Article L. 333 du Code de la Santé Publique). Le placement d'office est justifié "quand les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes" sur décision préfectorale après "avis médical écrit d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil du malade", (article L. 342 du Code de la Santé Publique). *Débats Parlementaires*, *op. cit.*, discussion du projet de loi n°1291 adopté par le Sénat, pp. 1338-1339.

¹⁰⁷⁴ **Article L. 342, *Débats Parlementaires*, *op. cit.*, p. 1339.**

"après avis médical écrit" sont remplacés par les mots "au vu d'un certificat médical circonstancié"¹⁰⁷⁵. Ce certificat doit émaner d'un médecin, mais pas forcément d'un psychiatre¹⁰⁷⁶.

La rédaction finale du texte sera la suivante :

"A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 322-1 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire".

Les directives ministérielles du 13 mai 1991 détailleront cette motivation des arrêtés préfectoraux¹⁰⁷⁷ : il y est fait référence à l'arrêt Francisco du Conseil d'Etat du 18 octobre 1989 selon lequel le certificat donne "une description précise de l'état mental du malade".

En 2001, le texte du projet de loi sur la démocratie sanitaire présenté par Elisabeth Guigou propose d'encadrer "de manière plus stricte les modalités selon lesquelles sont prononcées les hospitalisations sans consentement pour troubles mentaux"¹⁰⁷⁸. En particulier, la liste des critères permettant aux préfets de prononcer des hospitalisations d'office est modifiée : désormais ne pourront être hospitalisées d'office que les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Par rapport à la rédaction de 1990, sont ajoutés les critères de "nécessité des soins" et de "gravité de l'atteinte à l'ordre public». La décision préfectorale ne doit donc plus se faire "au vu d'un certificat médical circonstancié" mais conformément au certificat du médecin. La différence peut paraître anodine mais il n'en demeure pas moins qu'elle achève d'attribuer au médecin un rôle décisif dans l'hospitalisation contrainte.

¹⁰⁷⁵ L'amendement n°24 proposé par quelques députés socialistes vise à substituer "après avis médical écrit" aux mots "le certificat médical circonstancié" car "l'avis médical". Le gouvernement y est défavorable notamment pour le cas où le malade est "un forcené barricadé chez lui". L'amendement n°24 est adopté. *Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1352 :

¹⁰⁷⁶ L'amendement socialiste n°25 visant à substituer au mot "psychiatre" le mot "médecin" est adopté (*Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1352).

¹⁰⁷⁷ Le certificat médical ne peut jamais être établi par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil et doit décrire les constatations faites lors de l'examen ou à défaut d'examen, impossible, les faits constatés ou rapportés par des témoins dignes de foi. Malgré l'usage de la télécopie, la caducité de la décision préfectorale intervenant dans les 48 h après la décision du maire ou du commissaire de Police à Paris, doit être évitée en "susitant pour le directeur de l'établissement la communication aussi rapide que possible de l'arrêté d'hospitalisation d'office ou la décision préfectorale de non confirmation annulant expressément la décision provisoire de placement" (Fiches d'information du 13 mai 1991, Fiche 2, *Courrier de Jean-Simon Cayla au Médecin inspecteur de la santé de la DDASS Rhône, op. cit.*, p. 562).

¹⁰⁷⁸ Elisabeth Guigou, présentation des objectifs du titre I du projet de loi (2ème objectif), présentation des motifs du projet de loi n°3258 au nom de Lionel Jospin, *op. cit.*

Quant à l'hospitalisation sur demande d'un tiers, le projet de loi de 1989 lui impose une double condition¹⁰⁷⁹ : l'impossibilité du consentement du fait des troubles et la nécessité de soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier "notamment lorsque son comportement compromet sa sécurité ou celle d'autrui"¹⁰⁸⁰. Cette référence à la sécurité de la personne hospitalisée ou celle d'autrui sera supprimée lors des débats parlementaires¹⁰⁸¹. La rédaction finale de la loi adoptée le 27 juin 1990¹⁰⁸² diffèrera essentiellement du projet de loi par cette suppression. Le nouvel article L. 333 du Code de la Santé Publique énonce ainsi que :

"Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement que si ses troubles rendent impossibles son consentement, son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier"¹⁰⁸³.

Ce qui nous intéresse particulièrement ici, c'est que deux certificats médicaux sont désormais nécessaires en amont de toute hospitalisation sur demande d'un tiers sauf en cas d'urgence¹⁰⁸⁴ alors que sous le régime de la loi de 1838, un seul était exigé, émanant d'un médecin étranger à l'établissement et à la famille. Le certificat du médecin de l'établissement d'accueil constatant l'état du malade à son entrée est donc conservé par la loi de 1990. L'institution d'un second certificat médical est conçue par les rapporteurs du projet de loi comme l'une des innovations principales du texte¹⁰⁸⁵.

2. Le renouvellement périodique de l'expertise médicale

La Commission des Maladies Mentales propose en 1983 un système de renouvellement du contrôle de la nécessité de soins : le médecin enverrait tous les trois mois un certificat au juge et les directeurs d'établissement adresserait au juge tous les six mois la liste des

¹⁰⁷⁹ Articles L. 333 à L. 338 (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1338).

¹⁰⁸⁰ *Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1338.

¹⁰⁸¹ L'amendement socialiste n°13 souhaitant supprimer "notamment lorsque son comportement compromet sa sécurité ou celle d'autrui" (expression qui a été ajoutée par le Sénat) au motif qu'il crée une confusion entre HDT et HO est adopté (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1345).

¹⁰⁸² Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux Droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, *Journal Officiel*, n°150, 30 juin 1990. Cf annexe.

¹⁰⁸³ **Dans les directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990, les Ministres de l'Intérieur et de l'Emploi et de la Solidarité précisent que "les termes de surveillance constante ne signifient pas une surveillance 24h/24 mais qu'une "équipe soignante engagée dans un projet thérapeutique est à tout moment susceptible d'intervenir en cas de besoin" (Fiches d'information du 13 mai 1991, Fiche 2, Courrier de Jean-Simon Cayla au Médecin inspecteur de la santé de la DDASS Rhône, op. cit., p. 560).**

¹⁰⁸⁵ L'amendement n°138 déposé par le député Bernard Schreiner propose la suppression du deuxième certificat pour l'admission sur demande d'un tiers au motif que celle-ci intervient souvent dans un moment de crise. Didier Chouat et Claude Evin rappellent que c'est l'une des innovations du projet de loi. L'amendement est rejeté (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1345).

malades dont la durée d'hospitalisation excède six mois¹⁰⁸⁶. Le Professeur Bourguignon, Président de la Commission des maladies mentale, pointe à nouveau le problème du contrôle des établissements privés en 1986 ; il articule la réforme souhaitée autour de trois points¹⁰⁸⁷. Premièrement, un décret d'application étendrait la visite trimestrielle du Procureur de la République aux établissements privés et une commission médico-judiciaire de contrôle composée d'un magistrat, d'un médecin inspecteur de la santé et d'un psychiatre assermenté, visiterait régulièrement les unités d'hospitalisation temps plein pour tout établissement privé ou public et pour l'ensemble des patients. Deuxièmement, un nouvel article L. 345 du Code de la Santé Publique rendrait automatique la mainlevée du placement d'office à l'issue d'une durée d'un mois, en l'absence de renouvellement de la mesure. Sinon, le Commissaire de la République pourrait prononcer le maintien de l'hospitalisation pour trois mois après avis d'un médecin de l'établissement d'accueil. Au-delà, la Commission des Maladies Mentales propose la possibilité de renouvellement tous les six mois par le Commissaire de la République, après avis d'un médecin de l'établissement. Troisièmement, la levée de placement d'office serait automatique au bout de 72 heures en l'absence de décision de Placement d'office par le Commissaire de la République après les mesures provisoires.

Les propositions de la Commission des Maladies Mentales, approuvées par le représentant de l'UNAFAM, notamment la caducité automatique d'une décision de privation de liberté¹⁰⁸⁸, seront reproduites intégralement dans le Rapport Zambrowski de 1986¹⁰⁸⁹ et correspondent aux dispositions de l'avant projet de 1984 modifiant les conditions d'hospitalisation non volontaire¹⁰⁹⁰. Le rapport Zambrowski justifie en effet la

¹⁰⁸⁴ Les articles L-333 et suivants du projet de loi définissent les conditions d'hospitalisation sur demande d'un tiers : les troubles rendent impossibles le consentement ; l'état du malade impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ; la demande provient d'un membre de la famille du malade ou d'une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement d'accueil ; deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours et circonstanciés, attestant que les deux premières conditions sont remplies (l'un des deux certificats doit émaner d'un médecin exerçant hors de l'établissement d'accueil. Ils ne peuvent être parents ou alliés, au 4ème degré inclusivement ni entre eux, ni des directeurs d'établissement, ni du tiers faisant la demande. La demande doit être manuscrite et signée, comporter les noms, prénoms, profession, âge, domicile du malade et du tiers, et préciser la nature des liens entre les deux et s'il y a lieu, leur degré de parenté. Le directeur de l'établissement vérifie les conditions. Si la demande concerne un majeur protégé, son tuteur ou curateur doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. Un seul certificat peut suffire à titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade : l'admission peut alors être prononcée par le directeur de l'établissement. Un registre est tenu dans chaque établissement sur lequel sont transcrits dans les 24 heures : l'état civil des personnes hospitalisées et des tiers, la date de l'hospitalisation, tous les certificats médicaux, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice, les dates, modalités, et durées des sorties d'essai, les levées d'hospitalisation, les décès. Ce registre est soumis aux personnes qui visitent l'établissement.

¹⁰⁸⁶ Compte rendu du groupe 1 de la Commission des Maladies Mentales, 14 décembre 1983, p. 3 (Documents DGS).

¹⁰⁸⁷ Communication du 2 octobre 1986, Groupe de travail présidé par le Docteur Zambrowski, p. 5(Documents DGS).

¹⁰⁸⁸ Document établi par Monsieur Gasser, représentant de l'UNAFAM, en vue de la séance de la Commission des Maladies Mentales du 27 juin 1988 sur le statut du malade mental, pp. 2-3 (Documents DGS).

procédure de renouvellement périodique de la décision du placement sur demande ou d'office par la nécessité de "limiter à sa stricte pertinence la durée du placement et l'adapter à la situation de chaque personne placée".

Pour les placements sur demande d'un tiers, la loi de 1838 prévoyait, dans un délai de trois jours après l'entrée du malade, que le préfet délègue à un plusieurs la mission de constater l'état mental du placé. Un second certificat confirmant ou rectifiant le premier devait intervenir quinze jours après l'hospitalisation¹⁰⁹¹.

Le projet de loi de 1989 prévoit quant à lui deux certificats médicaux circonstanciés de moins de quinze jours, dont l'un n'émanant pas d'un médecin de l'établissement¹⁰⁹² pour la décision d'hospitalisation, et comme conditions au maintien de l'hospitalisation, un certificat après 24h d'hospitalisation émanant d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, un certificat circonstancié d'un psychiatre de l'établissement d'accueil dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours du placement¹⁰⁹³ et un certificat circonstancié d'un psychiatre de l'établissement tous les mois.

Le texte définitif conservera toutes ces mesures de renouvellement du constat médical de la nécessité de soins¹⁰⁹⁴.

¹⁰⁸⁹ Rapport Zambrowski, Annexe III, pp. 17-21 et p. 151.

¹⁰⁹⁰ D'après le projet de loi de 1984, la personne hospitalisée involontairement peut se pourvoir devant le Tribunal de Grande Instance ou le Procureur de la République par simple requête (article 15). Le juge désigne un expert avant de statuer, qui a trois jours pour rendre un avis motivé. La nouveauté du projet de 1984 réside alors dans l'institution d'une commission de sortie présidée par la DDASS, qui peut être réunie par le juge, mais qui a une composition bien plus large que celle proposée par la Commission des Maladies Mentales, comporte un médecin, un infirmier, un travailleur social du secteur, un membre de la famille ou toute personne s'intéressant à lui, le curateur à la personne (article 17). Pour les placements sur demande, le médecin se voit attribuer la possibilité de soigner sans son consentement un patient et d'ordonner une hospitalisation non volontaire dans un établissement hospitalier public pour une période d'observation de 72 heures (article 7). Obligation lui est faite de le déclarer dans les 24h au Commissaire de la République qui ordonne dans les 48h de la réception le maintien de l'hospitalisation non volontaire pour 30 jours, après expertise d'un second médecin spécialiste agréé à cet effet (article 8). L'hospitalisation cesse de plein Droit en l'absence de renouvellement de la mesure. Les certificats médicaux doivent être motivés (article 10). Le projet de loi de 1984 prévoit le même type de renouvellement périodique en accord avec cette demande un certificat de 24 heures, de quinze jours, puis tous les mois, émanant d'un psychiatre de l'établissement.

¹⁰⁹¹ Il devait être adressé au préfet quinze jours après d'après l'article 11 de la loi de 1838.

¹⁰⁹² D'après le projet de loi examiné en 1990, le médecin du premier certificat peut être un étranger appartenant ou non à la CEE, tout médecin exerçant à titre libéral, ou titulaire d'une licence de remplacement, ou d'un autre établissement hospitalier ; le deuxième certificat peut être délivré par le ou un médecin d'un service d'urgence (SAMU, SMUR). Les internes, assistants, ou attaché à titre étranger de l'établissement d'accueil ne peuvent délivrer ce deuxième certificat.

¹⁰⁹³ L'amendement socialiste n°21 visant à ce que le certificat de 15 jours, au vu duquel l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois, "soit circonstancié" et précise "notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies" est adopté (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1350).

¹⁰⁹⁴ Articles L. 334, L. 337 et L. 338 du Code de la Santé Publique.

Concernant les placements d'office, la loi de 1990 opte pour un système de caducité automatique de la décision provisoire d'hospitalisation¹⁰⁹⁵. En outre, alors que sous le régime de la loi de 1838, un rapport médical devait être adressé chaque semestre au préfet qui décide de la sortie ou du maintien du patient¹⁰⁹⁶, désormais, dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le préfet peut prononcer après avis motivé d'un psychiatre le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le préfet pour des périodes de six mois au maximum, renouvelables selon les mêmes modalités¹⁰⁹⁷. Faute de décision préfectorale à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Dans le cas particulier des personnes hospitalisées à la suite d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement, le psychiatre de l'établissement n'est pas compétent pour mettre fin à l'hospitalisation. La sortie ne peut intervenir que "sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le préfet sur une liste établie par le Procureur de la République"¹⁰⁹⁸ ; ces deux décisions résultant de deux examens séparés doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

La loi de 1838 prévoyait un certain nombre de sanctions aux contrevenants aux dispositions censées garantir les patients des internements abusifs¹⁰⁹⁹. Le projet n°1291 soumis au débat parlementaire en 1990 aggrave la responsabilité pénale du directeur de l'établissement ayant retenu une personne contre l'ordre de sa sortie par le préfet ou le Président du Tribunal de Grande Instance¹¹⁰⁰. Le Chapitre IV de la loi de 1990 maintient ces propositions du projet de loi et sanctionne de plus le directeur d'un établissement non habilité qui n'a pas pris dans les délais prescrits les mesures nécessaires à une hospitalisation sans consentement dans un autre établissement¹¹⁰¹.

B- Indépendance médicale et dangerosité sociale

¹⁰⁹⁵ L'amendement socialiste n°155 qui propose un système de caducité automatique de la décision provisoire d'hospitalisation d'office au bout de 15 jours, en l'absence de confirmation par le préfet, est adopté (*Débat parlementaires, op. cit.*, p. 1369). Les directives ministérielles du 13 mai 1991 préciseront les modalités d'application de la loi du 27 juin 1990 : "faute de décision préfectorale de maintien de l'hospitalisation d'office à l'issue de chacun des délais, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise mais cette levée automatique ne doit pas être utilisée comme une simplification administrative quand une sortie est prévue. L'hospitalisation peut se poursuivre librement si le malade y consent" (Fiches d'information du 13 mai 1991, Fiches 5 et 6, *Courrier de Jean-Simon Cayla au Médecin inspecteur de la santé de la DDASS Rhône, op. cit.*, p. 561 et p. 563).

¹⁰⁹⁶ Ancien article L. 345 du Code de la Santé Publique.

¹⁰⁹⁷ Article L. 345 du Code de la Santé Publique.

¹⁰⁹⁸ Article L. 348 du Code de la Santé Publique.

¹⁰⁹⁹ Les chefs d'établissements publics ou privés d'aliénés et les médecins employés dans ces établissements peuvent être punis d'un emprisonnement de 5 jours à un an et d'une amende de 50 F à 23 000F, ou de l'une ou l'autre de ces peines (article 41 de la loi du 30 juin 1838).

Le maintien d'un droit spécifique à la contrainte doit être étudié par rapport au renforcement de la caution médicale requise par la loi. Nous entendons par droit spécifique à la contrainte les règles qui régissent spécialement les droits des patients hospitalisés sans leur consentement. Nous allons les étudier selon une double préoccupation : déterminer les critères qui doivent légitimer en droit la contrainte de l'hospitalisation et chercher, au-delà des termes de la loi les textes réglementaires de nature à contredire les principes érigés en axiomes généraux.

La psychiatrie de secteur s'est développée autour de préoccupations parmi lesquelles on trouve la défense d'un droit commun et l'invalidation d'un lien systématique entre dangerosité sociale et pathologie mentale. L'exploration du droit spécifique à la contrainte devra donc nous servir à interroger le rôle du psychiatre dans un ensemble normatif renouvelé pour répondre à une question lancinante ayant constamment travaillé l'identité de la psychiatrie publique : la fonction de tiers de la médecine est-elle une illusion ?

B-1- UN DROIT SPÉCIFIQUE AUX HOSPITALISÉS SANS CONSENTEMENT

La liste de droits que les déclarations européennes ont dressée dans les années 1980 et 1990 est transcrite au niveau national dans les lois de 1990 et 2002. Toutefois, des accroc réglementaires au droit commun à tous les hospitalisés pour troubles mentaux confirment le maintien du caractère spécifique d'un droit qui s'affiche comme commun. Sa spécificité réside donc alors dans la restriction de son application aux régimes des hospitalisations contraintes. La modification du droit des hospitalisations d'office sera alors l'objet particulier de notre attention dans la mesure où elle est conçue dans la loi de 1990 comme un moyen de prévention des internements abusifs conformes aux exigences européennes. En faisant du danger "actuel" le critère décisif de l'hospitalisation d'office, la nécessité de soins psychiatriques devient seconde. Le problème du rapport entre la protection de la liberté et la protection de la santé surgit alors.

1. Les accroc réglementaires à un droit commun

Le principe d'un droit commun aux hospitalisés pour troubles mentaux a suscité un large

¹¹⁰⁰ Il encourt désormais une peine d'emprisonnement de six mois à deux ans et une amende de 500 à 15000 francs (ou l'une des deux peines). Le projet de loi maintient les peines prévues par la loi de 1838 encourues par le directeur de l'établissement et le médecin d'un établissement habilité en cas de manquement aux conditions et délais des articles L. 331, L. 333, L. 340, L. 341, L. 342, L. 344, L. 346 du Code de la Santé Publique ils encourrent un emprisonnement de 5 jours à un an et d'une amende de 2500 à 20000 francs (ou l'une des deux peines). La suppression ou la retenue d'une requête ou d'une réclamation d'un patient à l'autorité judiciaire ou administrative, ou le refus ou l'omission d'établir les certificats médicaux sont ainsi assorties de sanctions pénales. Pour autant, il s'agit pour le Ministre de la Santé de ne pas étendre le champ d'application des dispositions pénales à la négligence ou l'inattention, comme le propose l'amendement de Messieurs Mattéi et Jacquat : cet amendement n°152 est retiré après le rappel par Claude Evin de la soumission à des sanctions correctionnelles des directeurs d'établissement, médecins, préfets, maires, autorités judiciaires ou membres du conseil de famille. *Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1375.

¹¹⁰¹ Il risque un emprisonnement de 5 jours à un an et d'une amende de 2500 à 20000 francs (ou l'une des deux peines). L'amendement du gouvernement n°101 a étendu la responsabilité au directeur des établissements autres que ceux de l'article L. 331 (quand un directeur demande un transfert dans un établissement habilité), *Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1375.

consensus. Pourtant, le fait même de maintenir une législation, certes moins spéciale que la loi de 1838 mais consacrée à une catégorie de malades : les "hospitalisés en raison de troubles mentaux", invite à examiner plus précisément les exceptions faites à ce droit commun.

Le projet de loi n°1291 adopté par le Sénat énonce un certain nombre de droits¹¹⁰² pour toute personne hospitalisée avec ou sans son consentement. S'agissant des hospitalisations sans consentement, le texte spécifie les restrictions à la liberté du patient à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. Au-delà de l'accord général sur des droits communs des divergences interviennent à l'endroit de la formulation d'un droit ou d'une liberté précise. Nous allons les examiner un à un.

La recommandation européenne R(83) limitait les restrictions imposées à la liberté individuelle du patient à celles nécessitées par son état de santé et l'efficacité du traitement, à l'exception du droit de communiquer avec toute autorité appropriée, son représentant légal et un avocat, et d'envoyer toute lettre sans que celle-ci ne soit ouverte¹¹⁰³. A l'Assemblée nationale, en 1990, le problème des courriers personnels est soulevé à plusieurs reprises dans la mesure où il met en cause la confidentialité de l'hospitalisation psychiatrique¹¹⁰⁴. Le débat à propos de l'exigence européenne de 1983 débouche finalement sur l'adoption d'un amendement consacrant le droit d'émettre et de

¹¹⁰² Le Droit de communiquer avec le préfet, le juge du TI, le président du TGI, le maire, le procureur de la République, de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix, le Droit d'émettre ou de recevoir des courriers, le Droit de saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, le Droit de consulter le règlement intérieur de l'établissement, le Droit de recevoir librement le ministre du culte de son choix (article L. 326-3 du projet de loi, *Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1326).

¹¹⁰³ Article 7 de la recommandation européenne R(83). En outre, les mêmes conditions déontologiques, scientifiques et matérielles que tout autre malade, et la subordination de tout traitement qui n'est pas encore généralement reconnu par la science médicale ou qui présente un risque sérieux d'entraîner des dommages irréversibles au cerveau ou de détériorer la personnalité du patient, au caractère indispensable du traitement selon le médecin, et au consentement express du patient ou de son représentant légal. D'après l'article 5, les essais cliniques de produits ou techniques médicales n'ayant pas un but thérapeutique doivent être interdits, les autres sont régis par les dispositions juridiques nationales. La loi Huriet du 20 décembre 1988 visant notamment à protéger les personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, énumère en premier lieu un certain nombre de sujets dont la protection est renforcée en raison de leur fragilité. Les malades mentaux y sont pleinement représentés. Y figurent les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative : entrent dans cette catégorie les personnes hospitalisées sans leur consentement du fait de troubles mentaux (tant sur demande d'un tiers que d'office). La loi prévoit qu'ils ne peuvent être sollicités que si l'on attend de la recherche "un bénéfice direct majeur", à condition qu'un consentement écrit ait été recueilli après une information elle-même écrite et présentant un certain nombre d'éléments formalités d'autant plus complexes lorsque le patient présente des troubles psychiques. Le consentement doit, selon les termes de la loi être libre, éclairé et exprès. La loi du 4 mars 2002 complète la loi Huriet en élargissant l'avis demandé aux membres de la famille présents, à défaut, à l'avis de la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique, et assigne au comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale de vérifier la légalité des recherches sans bénéfice individuel direct (article L. 1124-6).

¹¹⁰⁴ C'est l'avis de Michèle Barzach. Christine Boutin souligne également que le Droit de courrier peut être en contradiction avec le devoir de protection. Jacques Toubon et Jean-Yves Chamard considèrent de même que le Droit de communiquer est parfois préjudiciable au patient. *Débats parlementaires, op. cit.*, pp. 1304-1307, p. 1311 et p. 1332.

recevoir tout courrier¹¹⁰⁵.

Il semble utile de se reporter aux fiches d'information pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990, émises par les Ministres de l'Intérieur et des Affaires Sociales, pour mieux comprendre le sort réglementaire fait au nouvel article de loi sur le droit d'émettre et de recevoir des courriers. Les ministres indiquent en l'occurrence que :

«L'expression "courriers" exclut les communications téléphoniques qui peuvent être limitées. La réception des courriers peut faire l'objet de restrictions ou d'interdiction pour de sérieuses restrictions médicales"¹¹⁰⁶.

Le niveau de la loi pose donc un principe général, le droit d'émettre et de recevoir du courrier ; le niveau –même pas réglementaire– des "fiches d'information", subordonne finalement ce droit à l'avis médical. Tout se passe comme si le rapport entre le règlement et la loi s'inversait : on pourrait dès lors opposer la fiche d'information au principe de la loi tant ils sont contradictoires. Autrement dit, le choix de restituer au médecin une compétence dans la définition de ce qui est souhaitable pour le patient ne résiste pas à l'exigence de conformité avec une recommandation européenne, qui n'est pas obligatoire, mais resurgit dans un texte de portée explicative -les fiches d'information.

Sur la liberté de choix du médecin, le principe est consacré en dépit du découpage sectoriel¹¹⁰⁷. Certains affirment en l'occurrence qu'il y a une sorte "d'incohérence à affirmer tout à la fois le principe de liberté de choix du praticien et de l'établissement, et la règle de rattachement qui caractérise la sectorisation de la psychiatrie publique"¹¹⁰⁸. Pour Lucien Bonnafé, qui s'exprimait à l'occasion des Journées psychiatriques de 1967 lors d'une discussion sur le libre choix du médecin, cette position ne pouvait émaner que d'une "médico-cratie" : les réserves apportées à la "théorie du secteur" au nom du libre choix de son médecin lui semblaient manquer de sérieux dans la mesure où l'on ne pouvait pas mettre en balance la possibilité pour le patient de choisir un médecin du secteur et les exigences du principe de continuité dans le soutien psychothérapeutique¹¹⁰⁹. La Commission des Maladies Mentales a d'ailleurs toujours signifié l'importance du libre choix du malade et de sa famille¹¹¹⁰.

¹¹⁰⁵ Il oppose les rapporteurs de la loi, Didier Chouat et Claude Evin, qui invoquent la nécessité de se conformer à la recommandation européenne de 1983 et le député Jacques Toubon, qui leur oppose le caractère non obligatoire de la recommandation en question (*Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1333).

¹¹⁰⁶ Directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990, fiche 1, *op. cit.*, p. 559.

¹¹⁰⁷ L'Amendement n°72 de Madame Boutin et Monsieur Durieux de l'article L. 326-1 consacrant la liberté du malade de choisir son praticien dans le public ou le privé, dans le secteur ou en dehors, est adopté, et ce, dans la continuité de la circulaire du 13 mars 1990 recommandant aux intervenants de secteur de ne pas mettre obstacle à ce principe. (*Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1328.

¹¹⁰⁸ Xavier Vandendriessche, " Le Droit des hospitalisations psychiatriques : derniers développements ", *Revue de Droit sanitaire et social*, n°28, janvier-mars 1992, p. 22.

¹¹⁰⁹ Lucien Bonnafé, "De la doctrine postEsquirolienne", *L'Information psychiatrique*, avril 1960, n°4, p. 442.

Les directives ministérielles du 13 mai 1991 précisent que la sectorisation psychiatrique ne doit pas constituer un argument pour refuser la prise en charge d'un malade situé dans le ressort d'un autre secteur : dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, le demandeur se substitue au malade pour exercer ce choix ; en hospitalisation d'office, il revient au préfet de choisir l'établissement receveur¹¹¹¹. Elles définissent ainsi une sorte de compromis entre le libre choix et les possibilités du service public : le choix d'une équipe médico-sociale doit pouvoir se faire "dans les limites de l'habilitation de l'établissement et de ses capacités d'accueil"¹¹¹².

Pratiquement, les secteurs fonctionnent de manière souple et les praticiens reçoivent souvent un patient d'un secteur limitrophe. Les limites géographiques constituent rarement un motif de rejet d'un patient : en effet, la pratique de l'accueil de patients dépendants d'autres secteurs "par manque de place" est courante comme en témoigne le Rapport du Département d'Information médicale de l'Etablissement public de santé Maison Blanche de 2001 pour un secteur parisien¹¹¹³. Toutefois, si les professionnels se déclarent favorables au libre choix dans le cadre de la sectorisation, ils souhaiteraient qu'en contrepartie, le médecin puisse refuser de soigner en dehors de situations d'urgence et que des moyens budgétaires supplémentaires soient attribués aux secteurs ayant une activité plus importante¹¹¹⁴.

Par ailleurs, la durée des traitements implique parfois de sacrifier le principe du rattachement territorial au profit de la continuité thérapeutique (par exemple lorsque le patient déménage). Une fois le suivi commencé, le personnel soignant ne conçoit pas de faire des délimitations territoriales un obstacle à la continuité des soins. Autrement dit, le principe du secteur ne constitue pas un obstacle au libre choix du patient mais produit une inégalité entre secteurs quant à l'importance de la population à prendre en charge.

Enfin, le principe du libre choix est assez relatif compte tenu du fait que le choix du

¹¹¹⁰ "Les malades doivent toujours pouvoir d'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale publique ou privée de leur choix tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du secteur psychiatrique correspondant à leur lieu de résidence", *Avant projet de circulaire relative au fonctionnement du dispositif public et privé de psychiatrie et à la promotion de la santé mentale*, PV de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 7 juin 1989, p. 6 (Documents DGS).

¹¹¹¹ "En HDT, le demandeur se substitue au malade pour exercer ce libre choix, en HO c'est l'autorité qui la décide", Directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990, fiche 1, Courrier de Jean-Simon Cayla au Médecin inspecteur de la santé de la DDASS Rhône, *op. cit.*, p. 558.

¹¹¹² "En HDT, le demandeur se substitue au malade pour exercer ce libre choix, en HO c'est l'autorité qui la décide", Directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990, fiche 1, *ibid*, p. 558.

¹¹¹³ A titre d'exemple, citons la comptabilisation du nombre de patients hospitalisés d'office, sur demande d'un tiers ou librement : le nombre de présents et d'entrées au 1er janvier 2001 est de 115 en incluant les patients HSMPD (Hors secteur par manque de place) et de 97 en les excluant, ce qui signifie que 18 patients rattachés à un autre secteur sont accueillis par le secteur 27. Pour les HDT, 40 patients sur 174 sont géographiquement dépendants d'un autre secteur, pour les hospitalisations libres, ce chiffre s'élève à 68 patients sur 585. Rapport Fiche patient, DIM 2001, secteur 27, Paris.

¹¹¹⁴ Compte-rendu de la réunion du Comité consultatif de santé mentale du 5 décembre 1996, p. 5 (Documents DGS).

secteur psychiatrique s'effectue largement en raison des faibles ressources du patient : le service public constitue donc une première contrainte au choix de l'équipe soignante.

S'agissant de l'exercice des activités culturelles ou religieuses, la consécration d'un droit permanent de la personne à des activités culturelles, religieuses et philosophiques¹¹¹⁵, est critiquée par le Ministre Claude Evin au motif que l'on doit différencier entre les droits des hospitalisés sur demande d'un tiers et ceux placés d'office d'une part, et parce que le règlement intérieur¹¹¹⁶ organise l'activité culturelle de chaque établissement d'autre part. Il serait donc "impossible de laisser tous les malades libres de leur mouvement à tout moment"¹¹¹⁷.

Mais l'amendement porté par Didier Chouat limitant les droits des patients hospitalisés, en tout état de cause à l'exercice d'activités religieuses ou philosophiques¹¹¹⁸ est toutefois adopté. Mais une fois encore, les Ministres de l'Intérieur et des Affaires sociales, dans les fiches d'information du 13 mai 1991, viendront limiter ce droit aux activités religieuses ou philosophiques en précisant qu'il n'implique pas la sortie du malade de l'établissement¹¹¹⁹. Ainsi, le principe énoncé dans la loi est limité par les conditions d'hospitalisation – régime applicable et possibilités de l'établissement, qui permettront selon les cas au patient de bénéficier de sorties accompagnées, d'exercer son culte (l'établissement comporte-t-il des lieux de culte et lesquels ?) ou de participer à des activités culturelles. Le texte définitif de la loi du 27 juin 1990 ajoutera aux droits que nous venons d'évoquer le droit de vote¹¹²⁰.

¹¹¹⁵ L'amendement n°76 rectifié de Madame Boutin et de Monsieur Durieux cherche à ne pas distinguer les Droits du malade en HDT ou en hospitalisations d'office. Les amendement n°45 (PC), n°3 (PS) précisent les Droits qui doivent être garantis "quel que soit l'état de santé". *Débats parlementaires, op. cit.*, pp. 1331-1332.

¹¹¹⁶ La loi de 1990 institue l'approbation du préfet du règlement intérieur des établissements habilités à recevoir des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, règlement devant être conforme à un document type établi par voie réglementaire (Article L.332-1 du Code de la Santé Publique). Le projet de loi intégrait le préfet à l'élaboration du règlement intérieur des établissements accueillant des personnes atteintes de troubles mentaux en raison "de l'importance de son rôle à l'égard des établissements recevant des personnes atteintes de troubles mentaux" ; l'article L. 6143-4 du Code de la Santé Publique institue une disposition selon laquelle le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, après réception de la délibération des conseils d'administration des établissements accueillant des personnes atteintes de troubles mentaux portant sur le règlement intérieur de ces établissements, doit saisir le préfet pour avis. La loi du 4 mars 2002 viendra mettre fin à une contradiction entre le dernier alinéa de l'article L. 322-3 du Code de la Santé Publique qui prévoit que l'entrée en vigueur du règlement intérieur des établissements de santé recevant des malades atteints de troubles mentaux est subordonnée à l'approbation du préfet ; l'article L.6143-4, introduit dans le même code par l'Ordonnance du 24 avril 1996, indique que les délibérations des conseils d'administration des établissements de santé sont exécutoires de plein Droit après transmission au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, celui-ci pouvant former un recours pour excès de pouvoir devant la juridiction administrative contre cette délibération.

¹¹¹⁷ *Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1332.

¹¹¹⁸ Amendement proposé par le député Didier Chouat (*Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1332).

¹¹¹⁹ Directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990, fiche 1, Courrier de Jean-Simon Cayla au Médecin inspecteur de la santé de la DDASS Rhône, *op. cit.*, p. 559.

Finalement, le texte définitif de la loi de 1990 énonce un certain nombre de droits communs à tout patient hospitalisé en raison de troubles mentaux mais restreint la limitation des libertés individuelles en cas d'hospitalisation sans consentement à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement¹¹²¹. La possibilité d'un droit d'exception, sous réserve de la caution médicale, est donc consacrée pour les patients hospitalisés sous la contrainte.

Un autre élément est de nature à révéler le maintien d'un droit spécifique opéré par la loi du 27 juin 1990. La loi de 1838 imposait à chaque département d'avoir un "établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département"¹¹²². Dans les années 1960, cette disposition est critiquée du fait qu'elle institue une ségrégation entre malades reçus sous la contrainte et malades admis librement¹¹²³.

Lors des débats parlementaires de 1990, seul le groupe communiste dénonce le maintien de la spécificité des droits en psychiatrie : la loi persisterait à créer "un monde à part et non un projet concernant les droits de 'tous les hospitalisés'"¹¹²⁴. Lors de l'examen des amendements, le gouvernement, à travers la voix du Ministre de la Santé, de la Solidarité et de la Protection sociale, rejette la proposition du groupe communiste¹¹²⁵ d'assimiler les droits liés à l'exercice des libertés individuelles de l'hospitalisé libre à ceux

¹¹²⁰ Selon l'article L. 326-3 du Code de la Santé Publique, "Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses Droits. En tout état de cause, elle dispose du Droit : 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 332-2 ; 2° De saisir la commission prévue à l'article L.332-3 ; 3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; 4° D'émettre ou de recevoir des courriers ; 5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ; 6° D'exercer son Droit de vote ; 7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix".

¹¹²¹ L'amendement n°74 de Madame Boutin et Monsieur Durieux visant à ne pas restreindre la liberté dans "la mise en œuvre de son traitement" est rejeté (*Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1330).

¹¹²² Selon les articles du titre 1^{er} de la loi de 1838, intitulé *Des établissements d'aliénés*, "L'autorité publique exerce la direction des établissements public et la surveillance des établissements privés [...] Le préfet, ses délégués, ceux du ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix et le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements d'aliénés (article 4). Ces établissements sont soumis à l'autorisation, y compris les établissements privés (articles 5, 6, et 7).

¹¹²³ Le Docteur Mignot et le Professeur Dechaume redoutent que le projet Gerthoffer, qui indique qu'un arrêté du Ministre de la Santé publique doit contenir la liste des établissements publics et privés où ces malades seraient admis, n'aboutisse à la spécialisation de certains établissements pour habilités à recevoir les malades sous contrainte, renforçant ainsi la ségrégation "actuelle" à l'encontre de certains malades mentaux. Réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, PV du 2 mars 1964, p. 30, (Documents DGS).

¹¹²⁴ Gilbert Millet, *Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1313.

de tout citoyen, au motif que "le bon fonctionnement de l'hôpital impose un certain nombre de règles fixées en Conseil d'Etat". Ce premier accroc au droit commun indique déjà que certains hôpitaux demeurent spécialisés du fait de leur autorisation d'hospitaliser sans consentement.

En outre, le projet de loi n°1291 prévoit dans un article L. 331 que "dans chaque département, un ou plusieurs établissements sont seuls habilités par le préfet à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées sans leur consentement"¹¹²⁶. A de nombreuses reprises lors des débats parlementaires, des amendements proposent de remplacer le "psychiatre" par le "praticien hospitalier". Dans tous les cas, les amendements sont rejetés au motif que les établissements habilités à effectuer des hospitalisations sans consentement incluent des établissements privés¹¹²⁷. Ces rejets nous renseignent sur l'existence ancienne d'autorisations préfectorales faites à certains établissements privés de recevoir des personnes hospitalisées sans consentement relevant de la loi de 1838. La loi de 1990 ne fait donc que légaliser une pratique réglementaire en obligeant les directeurs d'établissement non habilités à faire transférer le malade dans un établissement habilité¹¹²⁸.

Le texte définitif de la loi fait du consentement à l'hospitalisation pour troubles mentaux la règle, à l'exception des "cas prévus par la loi et notamment par le chapitre III"¹¹²⁹, chapitre consacré aux "Modes d'hospitalisation sans consentement dans les établissements du présent titre". La législation ne se voulait plus spécifique à certains

¹¹²⁵ Amendement communiste n°44, *Débats parlementaires*, *op. cit.*, p. 1326.

¹¹²⁶ *Débats parlementaires*, *op. cit.*, p. 1337.

¹¹²⁷ Plusieurs amendements proposant de remplacer le terme de "psychiatre" par celui de "praticien hospitalier" sont retirés compte tenu de la discussion du 15 mai 1990 concernant le certificat de 15 jours et les certificats mensuels (*Débats parlementaires*, *op. cit.*, p. 1369). Lors de la discussion de l'article 2 du projet de loi sur les établissements recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux (Chapitre II) et les modes de placement (chapitre III), l'amendement n°83 de Madame Isaac-Sibille visant à ce que les Centres Hospitaliers généraux et régionaux s'ajoutent aux Centres Hospitaliers Spécialisés et Hôpitaux psychiatriques faisant fonction de public, en s'équipant pour recevoir tous les malades de leur secteur quel que soit le mode d'hospitalisation, est retiré après que Didier Chouat et Claude Evin ont signalé qu'un tel amendement excluait les cinq établissements privés à but lucratif participant au service public hospitalier par habilitation spéciale du préfet (*Débats parlementaires*, *op. cit.*, pp. 1340-1341). La logique des discussions est la même lorsque certains députés proposent d'ajouter au terme "établissement" la qualification "assurant le service public hospitalier" (c'est le cas de l'amendement communiste n°49). Didier Chouat refuse notamment l'amendement communiste n°53 visant à ce que l'un des certificats pour les HDT émane "d'un psychiatre praticien hospitalier" en raison d'une part de la difficulté à trouver deux médecins et d'autre part, au motif que dans les établissements privés, on ne trouve parfois aucun praticien hospitalier (notamment dans les cinq établissements privés à but lucratif). La réponse socialiste est du même ordre lorsque plusieurs amendements exigent que le certificat de 24 heures en HDT émane d'un psychiatre "praticien hospitalier" : Claude Evin répond une fois encore face aux amendements n°32, n°55 et n°139 que l'on ne trouve pas toujours des praticiens hospitaliers dans les 28 établissements psychiatriques privés habilités à recevoir des malades mentaux sans leur consentement (23 établissements privés à but non lucratif et 5 privés à but lucratif). Enfin, lors de la discussion de deux autres amendements (n°70 et n°85), Claude Evin rappelle de nouveau que tous les établissements habilités à effectuer des placements d'office ou des placements à la demande d'un tiers ne participent pas au service public (*Débats parlementaires*, *op. cit.*, p. 1349 et p. 1346).

établissements ; en conservant la règle d'une habilitation préfectorale à recevoir des personnes atteintes de troubles mentaux sans leur consentement¹¹³⁰, elle affirme un droit spécifique à la contrainte de soins et non à l'établissement d'accueil, ce qui n'a rien d'une nouveauté depuis que la sectorisation a permis l'accroissement des hospitalisations libres.

2. Du danger potentiel au danger actuel, la traduction d'une exigence européenne

La Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales énumérait cinq catégories de personnes dont la privation de liberté pouvait être autorisée selon les voies légales : l'aliéné figurait alors aux côtés du contagieux, de l'alcoolique, du toxicomane ou du vagabond. Dans son rapport sur l'affaire Winterwerp/Pays-Bas, la Commission Européenne des droits de l'homme considère le droit au traitement approprié du malade enfermé dans un hôpital psychiatrique, comme un élément secondaire par rapport à celui de la protection de la société du danger que peut faire courir le malade¹¹³¹. De la même façon, lors de l'affaire X/Royaume-Uni (arrêt du 5 novembre 1981, §41-46), les restrictions à la liberté du malade mental, destinées à protéger la société du danger pour autrui, ont été considérées comme conformes à l'article 5 § 1 alinéa (e) de la Convention. Lors de l'affaire Ashingdane/Royaume-Uni (25 mai 1985), la Cour a également mis l'accent sur l'élément du danger, plutôt que sur celui du traitement approprié à l'état de santé mentale du malade.

La recommandation 1235 relative à la psychiatrie et aux Droits de l'Homme de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, adoptée le 12 avril 1994¹¹³² fixe comme critère au placement involontaire en établissement psychiatrique l'existence d'un danger grave pour le patient lui-même ou pour autrui ; un critère "additionnel" peut être celui du traitement, si l'absence de placement peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié¹¹³³. Cette présentation est peu

¹¹²⁸ L'amendement socialiste n°5 est adopté. Le nouvel article L. 332 du Code de la Santé Publique sera donc rédigé ainsi dans la nouvelle loi : "Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 est atteint de troubles mentaux tels que définis soit au 1° et 2° de l'article L. 333, soit à l'article L. 342, le directeur de l'établissement doit prendre, dans les 48 heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles L. 333, L. 333-2, L. 342 ou L. 343" (ces articles concernent les hospitalisations sur demande d'un tiers et les hospitalisations d'office).

¹¹²⁹ Art. L. 326-1 du Code de la Santé Publique.

¹¹³⁰ Article L. 331 du Code de la Santé Publique.

¹¹³¹ "Affaire Winterwerp- Arrêt", Strasbourg, 24 octobre 1979, paragraphe 84. De la même façon, lors de l'affaire X/Royaume-Uni (arrêt du 5 novembre 1981, §41-46), les restrictions à la liberté du malade mental, destinées à protéger la société du danger pour autrui, ont été considérées comme conformes à l'article 5 § 1 alinéa e de la Convention. Lors de l'affaire Ashingdane/Royaume-Uni (25 mai 1985), la cour a également mis l'accent sur l'élément du danger, plutôt que sur celui du traitement approprié à l'état de santé mentale du malade.

¹¹³² Discussion par l'Assemblée le 12 avril 1994, 10e séance. Cf. annexe.

claire dans la mesure où le fait de distinguer un critère principal et un critère additionnel tend à faire du danger la condition première du placement involontaire tandis que la première partie de la recommandation définit deux critères alternatifs ("le danger grave pour le patient lui-même ou pour autrui"¹¹³⁴). L'interprétation du Groupe de travail sur la psychiatrie et les Droits de l'Homme du Comité directeur pour la bioéthique reproduit cette incertitude en affirmant que le trouble mental doit constituer "un grave danger pour la personne elle-même (y compris un danger pour sa santé) et/ou un grave danger pour autrui"¹¹³⁵.

Enfin, la recommandation européenne de 1983 exige la dissociation du placement et de la restriction de la capacité juridique du patient¹¹³⁶ ; cette proposition nous paraît contradictoire avec l'article 11 de la même recommandation, selon lequel chaque Etat peut "adopter des dispositions accordant une protection juridique plus étendue aux personnes atteintes de troubles mentaux et faisant l'objet d'un placement".

Il ressort de ces différents textes et jurisprudences européens que toute hospitalisation contrainte doit être motivée médicalement. Pour autant, le danger social est également présenté comme un élément décisif de l'hospitalisation contrainte. L'articulation entre la nécessité de soins et la dangerosité de la personne atteinte de trouble mental demeure donc problématique dans sa formulation européenne. Nous verrons que l'ambiguïté des motifs jugés légitimes au niveau supra-national va se retrouver inscrite dans les textes nationaux français qui s'appuient sur les recommandations européennes.

La loi de 1838 faisait du danger potentiel un motif de placement d'office¹¹³⁷. En 1983, la Commission des Maladies Mentales se prononce pour le principe du traitement volontaire et propose de faire du danger actuel un critère d'hospitalisation d'office : "en cas de refus de soins d'une personne souffrant de troubles mentaux et de mise en danger de sa santé ou constitution d'un danger actuel et certain pour sa sécurité et celle d'autrui"¹¹³⁸.

Le Professeur Bourguignon propose la rédaction suivante pour le nouvel article L.

¹¹³³ Recommandation relative à la psychiatrie et aux Droits de l'Homme du 12 avril 1994 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, Article 7.

¹¹³⁴ Cf. annexe.

¹¹³⁵ "Livre blanc" sur la protection des Droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique Comité directeur pour la bioéthique (CDBI), Questions juridiques, Réunion 701, 8 mars 2000 10, 10.1.

¹¹³⁶ Article 9.

¹¹³⁷ "Une personne, interdite ou non, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes, doit être placée d'office dans un établissement d'aliénés, sur ordre motivé du préfet", article 18, section II, Loi du 30 juin 1838.

¹¹³⁸ Compte rendu du groupe 1 de la Commission des Maladies Mentales, 14 décembre 1983, p. 3 (Documents DGS).

344 du Code de la Santé Publique :

"En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin et de la notoriété publique, les commissaires de la République, à Paris et dans les communes à police étatisée, les maires dans les autres communes, ordonnent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles psychiques, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les 24 h au représentant de l'Etat dans le département, qui statuera sans délai. Ces mesures sont caduques au terme d'une durée de 72 heures" ¹¹³⁹ .

Le Rapport Zambrowski reprend très exactement cette proposition ¹¹⁴⁰ .

La loi de 1990 va faire coexister deux types de danger impliquant une hospitalisation d'office. Tout d'abord, pour les patients hospitalisés sur demande d'un tiers, la loi de 1990 prévoit qu'ils peuvent être hospitalisés d'office "dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes" ¹¹⁴¹ .

Le rôle de tiers du demandeur de l'hospitalisation est maintenu artificiellement lors de la transformation d'une hospitalisation sur demande d'un tiers en hospitalisation d'office : en effet, si un médecin de l'établissement juge que "l'état du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes" ¹¹⁴² , il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au représentant de l'Etat dans le département, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office. La condition d'une compromission de l'ordre public ou la sûreté des personnes est conservée au motif qu'elle est fondée de manière jurisprudentielle ¹¹⁴³ . Selon la loi de 1990, le médecin fait donc office de tiers dans la transformation d'une HDT en HO mais sur fondement du danger potentiel et non actuel que représente la liberté de la personne atteinte de troubles mentaux.

¹¹³⁹ *Communication du 2 octobre 1986, Groupe de travail présidé par Zambrowski, p. 5 (Documents DGS).*

¹¹⁴⁰ Rapport Zambrowski, Annexe III, pp. 17-21 et p. 151. Cette rédaction est également en accord avec l'avant projet de 1984 modifiant les conditions d'hospitalisation non volontaire qui prévoit pour le placement d'office un article 4 rédigé ainsi : "lorsqu'un comportement d'une personne, incapable d'exprimer un consentement éclairé constitue un danger actuel et certain pour sa santé, sa sécurité et celle d'autrui, les préfets de police, les maires de chaque commune, ainsi que...les OPJ ayant reçu délégation, prennent toutes les mesures nécessaires pour que cette personne soit transportée vers un établissement hospitalier après avoir demandé l'avis sous forme d'un certificat d'un médecin requis à cet effet".

¹¹⁴¹ Article L. 347 du Code de la Santé Publique.

¹¹⁴² Article L. 3212-9 du Code de la Santé Publique.

¹¹⁴³ L'amendement communiste n°57 à l'article L. 339 du projet de loi (définissant les personnes pouvant demander la levée du placement sur demande d'un tiers et la transformation de celui-ci en hospitalisation d'office) propose que le médecin puisse demander au préfet un placement d'office à la condition que l'état du malade "entraîne des risques graves pour sa sûreté, sa santé, son intégrité physique ou celles des autres". Il exige au motif qu'il faut "rompre avec l'idéologie sécuritaire de la loi de 1838" la suppression de la partie de l'article énonçant que "l'état du malade puisse compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes". Didier Chouat fonde le maintien de l'expression ".compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes" sur la jurisprudence. L'amendement n°57 est rejeté. *Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1351.

L'emploi du conditionnel est également légalisé pour la décision d'hospitalisation pouvant intervenir après un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement¹¹⁴⁴.

Pour les placements d'office ne faisant pas suite à une décision de justice ou à un placement volontaire, la loi de 1838 n'obligeait pas le préfet à caractériser une dangerosité avérée pour décider d'un placement d'office¹¹⁴⁵. La nouvelle rédaction proposée en 1989 dans le projet de loi passe du conditionnel à l'indicatif. Le nouvel article L. 343 du projet de loi prévoit ainsi que :

"En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un certificat médical, ou à défaut par la notoriété publique, le maire, et à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les 24 heures au préfet, qui, s'il y a lieu, statue... au vu d'un certificat médical établi par un psychiatre"¹¹⁴⁶.

La référence à la notoriété publique, critiquée par le groupe PC, d'abord conservée au motif qu'elle connaît une définition jurisprudentielle précise¹¹⁴⁷, sera finalement abandonnée dans le texte final.

Lors des débats à l'Assemblée Nationale, l'opposition souhaite que le texte emploie les termes "ont compromis" plutôt que "compromettraient". La rédaction définitive de la loi de 1990 sera finalement proche de celle du projet initial :

"A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les préfets prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 331 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes"¹¹⁴⁸.

On pourrait en déduire que le nouveau formulé est plus protecteur des libertés individuelles car il semble écarter toute hospitalisation préventive du point de vue de la dangerosité. Pourtant, le rapporteur du projet de loi indique que le mode indicatif est retenu dans le but d'englober non seulement les cas de danger avéré mais aussi ceux qui sont potentiels¹¹⁴⁹.

¹¹⁴⁴ L'article L. 348 du Code de la Santé Publique dispose que : "Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 64 du Code Pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le préfet, qui prend sans délai toute mesure utile".

¹¹⁴⁵ "dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes" est l'expression retenue par l'ancien article L. 343 du Code de la Santé Publique issue de la loi du 30 juin 1838.

¹¹⁴⁶ *Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1339.

¹¹⁴⁷ L'amendement communiste n°60 entend supprimer "ou à défaut par la notoriété publique", expression jugée trop vague, par conséquent dangereuse. Didier Chouat argue quant à lui de l'utilité de cette notion "en cas d'extrême urgence". L'amendement n°60 est rejeté (*Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1368).

¹¹⁴⁸ **Article L 342 du Code de la Santé Publique.**

Ce n'est qu'avec la loi du 4 mars 2002 que la référence au danger va cesser d'être ambiguë. En effet, la notion d'ordre public, dont le trouble "actuel" conditionne l'hospitalisation d'office d'après la loi de 1990, est jugée trop vague par le gouvernement, et l'absence de référence à "un état nécessitant des soins" contredit la justification d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie"¹¹⁵⁰.

Par conséquent, la législation de 2002 va reformuler les conditions de toute hospitalisation d'office, qu'elle soit précédée ou non d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, dans un nouvel article L. 3213-1, conditionnant l'hospitalisation d'office à une atteinte "de façon grave" à l'ordre public, et à un critère complémentaire de "troubles nécessitant des soins"¹¹⁵¹.

Cette modification nous renseigne à deux titres. Tout d'abord, la loi de 1990, modifiée par la loi de 2002 instaure un système d'hospitalisation d'office qui se veut respectueux des libertés et qui subordonne en conséquence toute hospitalisation par l'autorité publique à un acte dangereux. Du même coup, la nécessité de soins est déterminée par un passage à l'acte.

En 2001, les Docteurs Roelandt et Piel, dans leur Rapport "De la psychiatrie vers la santé mentale" dénoncent un régime de l'hospitalisation d'office "axé sur un objectif sécuritaire d'ordre public" issu de la loi de 1990"¹¹⁵². Les auteurs souhaitent que

¹¹⁴⁹ *Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1352. Les amendements n°80 et n°81 de Madame Boutin et Monsieur Durieux visent à substituer au mot "compromettent" les termes "ont compromis" (en cas d'hospitalisations d'office ou de transformation d'une hospitalisation sur demande d'un tiers en hospitalisations d'office), au motif que cela défendrait mieux les malades. Didier Chouat répond à ces députés que leur "a des relents post-soixante-huitards" (!) et précise que l'attente d'un trouble réel à l'ordre public risque de générer "certaines déconvenues". Les deux amendement sont rejetés. *Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1369.

¹¹⁵⁰ Elisabeth Guigou, présentation du projet de loi le 5 septembre 2001, *op. cit.*

¹¹⁵¹ La commission a rejeté un amendement de M. Jean-Pierre Foucher visant à supprimer la condition de "nécessité de soins médicaux" pour l'admission dans un établissement psychiatrique en hospitalisation d'office. M. Jean-Luc Prél a souligné que cet amendement visait à répondre à des cas particulièrement complexes : "le texte pose en effet la double condition de troubles mentaux très graves et de la nécessité de soins, or il peut arriver qu'une personne soit jugée irresponsable sans pour autant être accessible aux soins. Aujourd'hui, elle est admise en hôpital psychiatrique : qu'en sera-t-il si le texte est adopté en l'état ?" M. Jean-Jacques Denis, rapporteur du projet de loi a admis l'existence d'un hiatus entre les services de psychiatrie, d'une part et la prison, de l'autre mais a pointé la modification de l'économie de l'article (assortir la nécessité des soins et le trouble à l'ordre public) par l'amendement proposé. Dès lors, tandis que le Code de la Santé Publique depuis la loi du 27 juin 1990 prévoyait pour la transformation d'une hospitalisation sur demande d'un tiers en hospitalisation d'office (article L. 347) l'avis d'un médecin de l'établissement certifiant que "l'état du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes", le projet de loi remplace les mots : "pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes" par les mots : "nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public". Le projet de loi remplace de même dans l'article L. 343 du Code de la Santé Publique sur la procédure habituelle d'hospitalisation d'office les mots : "compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes" par les mots : "nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public". Les mêmes modifications sont établies pour le cas où les autorités judiciaires ont estimé que l'état mental d'une personne justifiait un non-lieu, une décision de relaxe ou un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du Code Pénal.

l'assimilation entre danger pour soi et danger pour autrui, qui concerne uniquement les malades mentaux, et qui est gérée par les préfets, soit abandonnée au profit d'une judiciarisation des mesures d'hospitalisation contrainte, telle qu'elle est pratiquée dans la plupart des pays européens.

Dans les faits, les dispositions de 1990 et 2002 se traduisent bien par la dépendance de l'hospitalisation d'office à un acte dangereux avéré. Il faudra attendre bien souvent qu'un acte violent soit réalisé pour obliger aux soins hospitaliers, comme en témoigne l'expérience relatée par le chef de la police municipale de Pierre-Bénite :

"Il a fallu que la personne blesse un policier ... comme ça le trouble à l'ordre public était avéré" ¹¹⁵³ .

Le premier adjoint au maire de Pierre-Bénite nous a fait part des difficultés à réaliser une hospitalisation d'office dans la mesure où le comportement dangereux n'a pu être constaté par la police :

"Les pompiers ont dit qu'elle n'était pas dangereuse, la police est arrivée trop tard et tandis que l'infirmier psychiatrique jugeait l'hospitalisation nécessaire mais l'infirmier psychiatrique a dit : il faut une hospitalisation" ¹¹⁵⁴ .

B-2- L'AMBIGUÏTÉ DU RÔLE DU PSYCHIATRE

Insister sur son identité médicale, c'est pour le psychiatre un moyen de réitérer le caractère très secondaire et marginal de la dangerosité des patients atteints de maladie mentale. Nous verrons, à travers l'épisode d'un projet de réforme de la loi de 1938, que la défense du caractère exceptionnel de la dangerosité liée à la maladie mentale est ancienne. Aujourd'hui, sous le régime de la nouvelle loi de 1990, le psychiatre se voit attribuer un rôle qui ne laisse guère d'illusions sur la réalité de sa fonction de tiers. Une fois de plus, le psychiatre de secteur est associé à la gestion du social et bien qu'il conteste toujours la validité de l'association entre la maladie mentale et la dangerosité, cet état de fait le conduit à vouloir qu'un contrôle s'exerce à l'endroit de son pouvoir.

1. L'invalidation psychiatrique de l'association entre dangerosité et pathologie mentale

Dans les années 1960, la préparation d'un projet de réforme de la loi de 1838 est l'occasion pour les représentants de la psychiatrie conviés par le gouvernement d'affirmer que la dangerosité est un phénomène exceptionnellement lié à la pathologie mentale. Nous allons restituer les différentes positions exprimées quant à la protection des personnes lors des discussions préalables à cette éventuelle réforme de la loi de 1938.

Le conseiller du Gouvernement aux affaires judiciaires, Monsieur Gerthoffer, propose en 1964 le système suivant¹¹⁵⁵ : tout Docteur en médecine aurait l'obligation de déclarer

¹¹⁵² Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, " De la Psychiatrie vers la Santé Mentale ", *op. cit.*, p. 3.

¹¹⁵³ *Entretien avec le chef de la police municipale, 5 juin 2002.*

¹¹⁵⁴ *Entretien avec Monsieur Airelle, 1^{er} adjoint à la mairie de Pierre-Bénite, juin 2002.*

au préfet ou au Procureur de la République toute personne dangereuse pour autrui du fait de son état de santé, dans le cas d'une contagion ou d'une maladie mentale. Toute autorité constituée aurait également l'obligation de faire examiner par un Docteur en médecine, toute personne présentant des signes de dangerosité, cette personne pouvant demander à un médecin de son choix d'assister à l'examen et de faire valoir ses observations. Le médecin pourrait, après déclaration ordonner une mesure d'isolement dans un quartier de psychiatrie ou de contagieux d'un établissement public ou privé figurant sur des listes établies par le Ministre de la Santé publique. Au-delà de 48 ou 72 heures d'hospitalisation contre la volonté du malade (ou s'il ne peut valablement la manifester), l'autorité judiciaire organiserait un contrôle.

Le Professeur Bailly-Salin réagit à cette proposition en invoquant le fait que la contrainte est d'abord liée au défaut de consentement et non à la dangerosité, considérée comme un phénomène second¹¹⁵⁶. Le conseiller du Gouvernement aux affaires judiciaires lui oppose alors l'impossibilité en droit de légaliser une disposition permettant à un médecin de soigner n'importe quelle personne contre son gré ; le juriste de la commission de réforme approuve sa position en affirmant que la base de la loi ne peut être une obligation de traitement mais une "obligation de sauvegarde passant par la séquestration"¹¹⁵⁷.

Le centre du débat semble bien être l'objet de la contrainte : concerne-t-elle l'isolement ou le traitement ?

Les médecins des hôpitaux psychiatriques, par la voix du Docteur Mignot, souhaitent faire de l'incapacité à consentir le critère déterminant de la contrainte des soins, pour des individus dangereux ou non : la contrainte doit laisser rapidement place au consentement et dans les cas où la contrainte perdure, il faut augmenter les contrôles, "les faire de plus en plus fréquents et poussés"¹¹⁵⁸. Le Professeur Bailly-Salin estime également que l'acte thérapeutique imposé et celui qui ne l'est pas ne doivent pas être distingués pour ne pas « perpétuer une attitude sélective à l'égard des malades mentaux en leur appliquant une loi spécifique"¹¹⁵⁹. Cette position explique le doute émis par les psychiatres de la commission de réforme quant au projet de Gerthoffer prévoyant la détermination d'une liste des établissements publics et privés où ces malades seraient admis sans consentement (ce qui est notamment l'objet de la future loi de 1990) par le Ministre de la Santé : ceci conduirait bien à "spécialiser certains établissements pour recevoir les malades sous contrainte"¹¹⁶⁰. Les transformations intervenues depuis 1838 servent en

¹¹⁵⁵ Procès-verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, p. 1 (Documents DGS).

¹¹⁵⁶ Procès-verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964, pp. 8-10. Le Professeur Bailly-Salin réagit violemment : "Condamner, nous psychiatres, du fait des ordres de la société à revoir des gens et à ne pas les traiter, ce serait une régression invraisemblable", p. 10 (Documents DGS).

¹¹⁵⁷ Monsieur Derenne, *Ibid*, p. 10 (Documents DGS).

¹¹⁵⁸ Hubert Mignot, *Ibid*, p. 12 et p. 14 (Documents DGS).

¹¹⁵⁹ *Ibid*, p. 14 (Documents DGS).

outre de base à la critique de l'internement comme moyen exclusif de prévention des conséquences dangereuses pour les vies humaines des maladies physiques et mentales ou de la sénilité.

En 1986, le Professeur André Bourguignon, Président de la Commission des Maladies Mentales, reprend les arguments du Docteur Mignot et du Professeur Bailly-Salin puisqu'il pointe la nécessité de réformer la loi de 1838, au motif de son inadaptation aux "théories et pratiques actuelles de la psychiatrie"¹¹⁶¹, notamment quant à la diversification des lieux de soins. Il prend acte d'un "vide juridique" pour tous les malades non hospitalisés en CHS ne pouvant donner leur consentement aux soins (personnes âgées atteintes de démence, mineurs non accompagnés, blessés...).

2. L'illusion de la fonction de tiers

Nos entretiens avec des psychiatres de secteur "ordinaires"¹¹⁶² font surgir plusieurs problèmes propres à la loi de 1990. Il est en général admis qu'elle répond à un faux problème en restant axé sur les internements abusifs. Les psychiatres voient ainsi dans la loi de 1990 un moyen supplémentaire de stigmatiser les soignants dans la mesure où elle se focalise sur les internements dits arbitraires. "Sur les internements abusifs, j'en ai jamais vu où s'il y en a eu, on l'a levé (l'HO)"¹¹⁶³ déclare-t-on ici; "Je suis convaincue qu'en France, il n'y a pas d'internement arbitraire... Peut-être des premières erreurs tout de suite remédiées"¹¹⁶⁴, "Moi, je n'ai jamais vu d'internement abusif, peut-être un ou deux"¹¹⁶⁵, entend-on là.

Deux points retiennent notre attention dans la mesure où ils questionnent la responsabilité des psychiatres : les internements abusifs et les sorties d'essai.

Sur le premier point, les psychiatres de secteur sont convaincus de l'extrême rareté des internements abusifs. Le sentiment que la loi de 1990, purement symbolique, au sens

¹¹⁶⁰ Professeur Dechaume et Docteur Mignot, *ibid*, p. 30 (Documents DGS).

¹¹⁶¹ Il s'agit essentiellement pour le Professeur Bourguignon d'exiger que le rattachement des structures extra-hospitalières à l'hôpital effectif depuis 1985 n'empêche pas les psychiatres publics travaillant exclusivement en extra-hospitalier de rédiger des certificats de placement (Communication du 2 octobre 1986, Groupe de travail présidé par Zambrowski, p. 4, Documents DGS). Ceci correspond très exactement à ce qui est pointé dans le compte-rendu de réunion du groupe 3 de la Commission des Maladies Mentales rédigé par J. Ayme et J. Demay le 8 juillet 1986 : "les équipes de secteur vont avoir du mal à appliquer en toute rigueur la loi de 1838 du fait de la dotation globale et de l'attribution de la gestion de l'extra-hospitalier à l'hôpital : les médecins attachés à l'hôpital ne pourront plus rédiger les Placements volontaires" (Documents DGS).

¹¹⁶² Nous insistons ici sur la parole de psychiatres ne représentant pas leurs confrères dans des syndicats ou n'occupant pas de postes les invitant à parler "au nom de la profession".

¹¹⁶³ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹¹⁶⁴ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹¹⁶⁵ Entretien avec le Docteur Armoise.

pauvre du terme ("la terminologie a changé")¹¹⁶⁶, répond à une vision sécuritaire, périmée mais médiatique de l'institution psychiatrique, est général : "Dans les médias, on parle d'internement abusif et ça m'énerve"¹¹⁶⁷ nous confiait ainsi un jeune psychiatre. Un infirmier partageait cet agacement :

"Dans la médiatisation de la psychiatrie, je m'y retrouve rarement. C'est Les Unités pour malades difficiles ou la banalisation".¹¹⁶⁸

Toutefois, ce malaise ne conduit jamais à une demande de disparition du contrôle des hospitalisations sans consentement. Certains expliquent même l'absence d'internement abusif par des dérives étonnantes : ainsi, le procureur consulterait, pour contrôler l'internement, les psychiatres de l'établissement ayant initialement justifié la contrainte de l'hospitalisation. Un chef de service à l'expérience ancienne estimait donc que la loi de 1990 n'avait pas donné de "garantie de plus" tout en compliquant les procédures :

"Ici les gens protestent souvent pour l'hospitalisation sous contrainte. Ils écrivent au procureur et dans un délai rapide, le procureur donne un avis après nous avoir consultés. Les droits ne sont pas respectés".¹¹⁶⁹

L'expertise du psychiatre n'étant pas remise en cause par une contre-expertise en cas de plainte, le psychiatre de l'établissement se retrouve donc comme juge et partie.

Les praticiens les plus jeunes formulent également peu de critiques à l'égard de la loi de 1990. L'alourdissement des procédures est perçu comme la contre-partie logique de la gravité que constitue toute hospitalisation sans consentement :

"C'est une bonne loi si on admet que l'on a le droit de soigner sous contrainte parce qu'elle permet de soigner des patients en danger qui ne sont pas en état de donner un consentement clair. C'est une bonne chose car elle n'est pas trop répressive puisqu'il y a des recours. Et c'est lourd d'hospitaliser sous contrainte, c'est très difficile. C'est pas une démarche simple et tant mieux. Heureusement que l'on n'a pas le droit simplement".¹¹⁷⁰

Sur la réalité du contrôle du pouvoir des psychiatres, la loi semble avoir manqué son objectif car elle l'institue comme juge et partie. En octobre 1986, les représentants de l'administration de la Direction Générale de la Santé, le directeur d'hôpital et les psychiatres présents à la réunion suscitée par le Docteur Zambrowski s'accordaient déjà sur le bien fondé du fait que le médecin habilité à signer des placements volontaires soit extérieur à l'établissement d'accueil¹¹⁷¹.

¹¹⁶⁶ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹¹⁶⁷ Entretien avec le Docteur Lavande.

¹¹⁶⁸ **Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier.**

¹¹⁶⁹ **Entretien avec le Docteur Safran.**

¹¹⁷⁰ **Entretien avec le Docteur Lavande.**

¹¹⁷¹ Il s'agit précisément de Messieurs Bauduret (DGS), Massat (directeur d'hôpital), Guyotat et Bourguignon (médecins psychiatres).

Quatre ans plus tard, à l'assemblée générale de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif, la commission de psychiatrie se déclare favorable à l'esprit de la loi de 1990 mais formule une réserve : il serait illogique que le second certificat émane d'un médecin de l'établissement d'accueil, pour les mêmes raisons que celles invoquées en 1986 par le groupe de travail Zambrowski. Pour les porte-parole des présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés, qui citent volontiers Henri Mignot et Henri Ey¹¹⁷², la loi de 1990 renforce l'exception juridique de l'hospitalisation sous contrainte du malade mental parce que le dispositif formaliste excessif qu'elle instaure "risque de nous entraîner (les psychiatres) à être à la fois celui qui interne et celui qui soigne". Ce serait alors la fonction de tiers du psychiatre qui ne trouverait plus de possibilités d'existence réelle. Compte tenu de la difficulté à manier la notion de consentement en psychiatrie, la loi de 1990 brouillerait le caractère objectif de la contrainte de soins :

«Le caractère objectif de la contrainte qui permettait, presque toujours, dans le cas de la loi de 1838, l'instauration d'une authentique relation thérapeutique intersubjective, en plaçant le savoir objectif du psychiatre en tiers symbolique et c'est d'une autorité extérieure, judiciaire ou administrative, que doit émaner la contrainte... sinon on retombe dans un cas de figure voisin de l'injonction thérapeutique où, pour les mêmes raisons, le sujet est libre sans être libre" ¹¹⁷³

C'est également la position de l'Assemblée Générale du Syndicat National des Psychiatres des Hôpitaux¹¹⁷⁴ réunie les 12 et 13 octobre 1990 à Montpellier, qui manifeste le mécontentement d'une partie de la profession quant aux difficultés d'application de la loi. La motion 6 bis adoptée à l'unanimité, moins une abstention, énonce ainsi l'opposition des psychiatres publics "pour des motifs éthiques, techniques et pratiques à produire des certificats en amont des hospitalisations sans consentement» et exige que "le deuxième certificat prévu par l'article L 333 (HDT) et le premier certificat prévu par l'article L 343 (HO) du Code de la Santé Publique ne soient pas rédigés par un psychiatre de l'établissement d'accueil mais par un médecin extérieur"¹¹⁷⁵. En outre, sur l'obligation nouvelle d'un second certificat, l'Association nationale des psychiatres présidents ou vice-présidents des commissions médicales d'établissement des Centres Hospitaliers Spécialisés déplore que le texte de loi ignore la dimension collégiale des équipes et demande en conséquence son abrogation.

¹¹⁷² Les positions de Henri Ey et Hubert Mignot présentées dans le *Livre Blanc de la Psychiatrie Française* du 5 mars 1966 sont sollicitées pour critiquer la nouvelle législation.

¹¹⁷³ C. Barthélemy, J.-M. Villon, "Proposition de mémorandum sur la loi du 27 juin 1990", *Association Nationale des psychiatres Présidents ou Vice-Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés*, 1996, www.ch-le-vinatier/cme-psy

¹¹⁷⁴ Ce syndicat rassemble plus de la moitié des praticiens hospitaliers et psychiatres de service public. Il est présidé par Jean Ayme dans les années 1980. Note pour le Ministre délégué chargé de la santé et de la famille par la directeur de la DGS, JF Girard, 23 mai 1986, p. 1 (Documents DGS).

¹¹⁷⁵ www.psychiatrie.com.fr/.

Globalement, la loi de 1990 est considérée comme un mauvais outil de contrôle du "fonctionnement délétère du service": on retiendra alors que le texte "a le mérite de donner une loi commune" tout en craignant que "ça tape à côté dans les services"¹¹⁷⁶. Autrement dit, le fait de devoir mettre une ligne dans un dossier pour se conformer à la loi ne constitue pas pour les praticiens une preuve du fonctionnement démocratique du service¹¹⁷⁷.

Sur la question des sorties d'essai, la loi de 1990 ne semble pas modifier la responsabilité des psychiatres. Le nouvel article L. 350 du Code de la Santé Publique légalise ainsi la pratique ancienne des sorties d'essai puisqu'il dispose que :

"Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui font l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet... sa durée ne peut dépasser trois mois"¹¹⁷⁸.

Dans l'une des fiches d'information du 13 mai 1991, les Ministres de l'Intérieur, de l'Emploi et de la Solidarité indiqueront que "l'organisation doit permettre qu'à l'issue d'une sortie d'essai, une sortie définitive soit possible sans que le malade soit re-hospitalisé préalablement"¹¹⁷⁹.

Les sorties d'essai sont distinguées des sorties d'accompagnement "pour motif thérapeutique ou en cas de démarche nécessaire" dans la loi du 4 mars 2002. Ainsi, le nouvel article L. 3211-11-1 qui légalise les sorties accompagnées de courte durée, en précisant les compétences respectives des médecins, du directeur de l'établissement de santé et du préfet, n'est pas conçu par Elisabeth Guigou comme une base légale aux "sorties d'essai" pour les malades hospitalisés sans consentement puisque les sorties accompagnées ne peuvent excéder douze heures¹¹⁸⁰.

Du côté de la profession psychiatrique, on ne cesse de déplorer le maintien de la responsabilité des psychiatres vis-à-vis des patients en sorties d'essai. Ainsi, en 2001, les Docteurs Roelandt et Piel pointent les difficultés au niveau des sorties des personnes en

¹¹⁷⁶ Entretien avec le Docteur Bleuet.

¹¹⁷⁷ Le Docteur Bleuet explique que dans son service, un questionnaire sur l'accord du patient pour les conditions de l'hospitalisation fait l'objet de discussions au cas par cas ; il doute que tous les services fassent de même.

¹¹⁷⁸ **Elle est renouvelable. La sortie d'essai, son renouvellement ou sa cessation sont décidés respectivement pour une HDT par un psychiatre de l'établissement d'accueil (bulletin de sortie visé par le directeur et transmis sans délai au préfet, le tiers est informé), pour une HO, par le préfet sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil (Article L. 350 du Code de la Santé Publique).**

¹¹⁷⁹ Le préfet décide de la sortie d'essai pour les malades hospitalisés d'office, sur proposition écrite et motivée du médecin psychiatre. Pour les sorties exceptionnelles et irrégulières d'une durée inférieure à 3 jours, une simple lettre préfectorale suffit sinon il faut un arrêté préfectoral. Les ministres subordonnent la décision de sortie d'essai pour ceux qui ont bénéficié de l'article 64, à des expertises médicales, dans le silence de la loi de 1990. Directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990, fiche 8, *op. cit.*, p. 564.

hospitalisation d'office¹¹⁸¹ : les sorties d'essai d'une durée prolongée maintiendraient de fait une obligation de soins. La légalisation en 1990 des sorties d'essai¹¹⁸² est plutôt bien perçue mais la possibilité de leur renouvellement infini est critiquée dans la mesure où, tout en dépendant de l'existence d'alternatives à l'hospitalisation, elle engage la responsabilité du psychiatre, parfois pendant de très longues périodes.

Les psychiatres de secteur que nous avons rencontrés confirment cette analyse :
"Les sorties d'essai longues n'existaient pas avant. Maintenant, les sorties d'essai se multiplient et on garde la responsabilité. Les sorties d'essai, c'est bien mais faut pas exagérer. On a un patient qui a fugué et bien, il a eu raison. De toute façon, c'est moins pour le patient que pour la responsabilité des psychiatres ou d'autres".¹¹⁸³

Ainsi, la crainte d'un danger pour autrui ne constitue pas toujours le motif du maintien en hospitalisation d'office ; ce dernier dépend souvent de l'existence d'alternatives à l'hospitalisation. C'est donc moins la nécessité d'une contrainte de soins que l'absence d'hébergement qui détermine la sortie du patient :

"Ici, une abrogation d'HO prend 15 jours ; ailleurs ça se fait dans la journée. Et c'est souvent conditionné par un hébergement".¹¹⁸⁴

III. Un droit formel face à des contraintes objectives

Parler de droit formel, c'est invoquer son indifférence à la matérialité de son objet. Et c'est cette matérialité que nous désignons par l'expression "contraintes objectives". Autrement dit, une loi, lorsqu'elle définit des procédures, doit être éprouvée dans une perspective sociologique par l'examen de contraintes diverses, qui sont autant d'obstacles ou de facilités à son effectivité. Jacques Commaille et Jean-François Perrin, dans un article écrit en 1985 soulignaient qu'une sociologie du droit pouvait se donner comme objet l'étude des "rapports entre faits sociaux et normes légales"¹¹⁸⁵ intégrant des préoccupations

¹¹⁸⁰ L'article L. 3211-11-1 du Code de la Santé Publique dispose que : "Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie. "L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée." Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai."

¹¹⁸¹ Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, " De la Psychiatrie vers la Santé Mentale ", *op. cit.*, p. 3.

¹¹⁸² Elles durent trois mois au maximum, elles sont renouvelables (Article L. 350 du Code de la Santé Publique).

¹¹⁸³ *Entretien avec le Docteur Armoise.*

¹¹⁸⁴ *Entretien avec le Docteur Safran.*

d'effectivité ou d'efficacité du droit. Une telle démarche implique selon nous de ne pas oublier ce que le caractère contraignant du droit produit lui-même. Autrement dit, ce n'est pas parce que l'on conclut à l'ineffectivité du droit que ce dernier doit être mis au rang de rubrique littéraire. Un droit, si formel soit-il, produit des effets par son formalisme même de sorte que son application n'est pas purement et simplement dépendante d'éléments matériels de nature non juridique.

Nous avons qualifié jusqu'à présent le droit applicable à la psychiatrie publique de naturel et de spécifique. Il nous faut désormais démontrer en quoi son caractère formel est mis en valeur par des dérives pratiques. La loi de 1990 voulait instituer des garanties en amont et en aval de toute hospitalisation contrainte afin d'éviter ou de mettre fin à ce qui était désigné comme des internements abusifs. Notre développement abordera dans un premier temps les contraintes objectives au fonctionnement des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques mises en place en 1990, instances chargées de contrôler a posteriori les mesures d'hospitalisation sans consentement. Nous verrons que les garanties formelles imposées par la loi de 1990 en amont de l'hospitalisation sans consentement ont débouché sur des dérives issues en partie de l'oubli dans la loi des contraintes liées à la prise en charge sectorisée de la pathologie mentale.

A- Les limites au contrôle des hospitalisations contraintes

Lors des débats parlementaires préalables à l'adoption de la loi de 1990, le parti socialiste affirme que le rôle de gardienne de la liberté individuelle de l'autorité judiciaire est garanti par le contrôle a posteriori des mesures de placement¹¹⁸⁶, et renforcé par l'institution d'une commission de contrôle au niveau départemental. Cette commission est conçue par le gouvernement comme l'une des inventions les plus importantes du projet de loi¹¹⁸⁷. Après avoir présenté les caractéristiques définies par la loi de cette commission de contrôle et relativisé l'évaluation qui en fut faite en 1998, nous nous attacherons à identifier les facteurs contribuant à entraver son efficacité.

A-1- L'INSTITUTION D'UNE COMMISSION DE CONTRÔLE

Il y a eu historiquement plusieurs projets de création d'une commission de contrôle des hospitalisations psychiatriques contraintes. La loi de 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 définit les missions et la composition d'une commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Nous présenterons d'abord les principes qui président à son fonctionnement puis nous examinerons le bilan officiel concernant son efficacité à corriger les abus de pouvoir potentiellement lié au droit d'exception autorisant les

¹¹⁸⁵ J. Commaille et JF. Perrin, "Le modèle de Janus de la sociologie du Droit", *op. cit.*, p. 104.

¹¹⁸⁶ L'article 66 de la Constitution selon lequel l'autorité judiciaire est gardienne de la liberté individuelle serait dès lors respecté. L'amendement socialiste n°30 prévoyant que le président du TGI peut se saisir d'office et ordonner à tout moment une levée d'HSC est adopté (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1342).

¹¹⁸⁷ Pour Didier Chouat, c'est "l'innovation la plus importante du projet" (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1342).

hospitalisations sans consentement.

1. La Commission départementale des hospitalisations psychiatriques

En 1986, le Rapport Zambrowski, approuvé par le représentant de l'UNAFAM de la Commission des Maladies Mentales¹¹⁸⁸, souligne la nécessité d'instaurer un contrôle efficace des conditions d'hospitalisation de l'ensemble des patients hospitalisés librement ou non, et propose qu'un décret en Conseil d'Etat instaure une commission médico-judiciaire dans les établissements d'hospitalisation accueillant des malades mentaux. Cette commission de contrôle composée d'un magistrat, d'un médecin inspecteur de la santé et d'un psychiatre assermenté, visiterait régulièrement les unités d'hospitalisation temps plein pour tout établissement privé ou public et pour l'ensemble des patients¹¹⁸⁹. Pour la sortie du patient, le juge serait saisi par le médecin et désignerait alors un expert pour obtenir un avis motivé ou pourrait surseoir à statuer pour réunir la commission médico-judiciaire. Le président du Tribunal de Grande Instance pourrait également être saisi par simple requête du patient hospitalisé, et statuer après audition de cette commission.

La loi de 1990 optera pour une commission départementale externe aux établissements, ce qui est contraire aux souhaits formulés par les rédacteurs du Rapport Zambrowski. Le nouvel article L. 332-3 du Code de la Santé Publique lui confie le rôle d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes, de visiter les établissements et au besoin, de saisir le préfet ou le président du Tribunal de Grande instance¹¹⁹⁰. Deux types d'arguments sont avancés lors des débats parlementaires de 1990 contre la création d'une telle commission : un argument de faisabilité pratique¹¹⁹¹, un

¹¹⁸⁸ Monsieur Gasser signale le "remarquable équilibre des pouvoirs de la loi de 1838" tout en souhaitant un contrôle accru. Document de Monsieur Gasser, représentant de l'UNAFAM en vue de la séance de la Commission des Maladies Mentales du 27 juin 1988 sur le statut du malade mental, pp. 2-3 (Documents DGS).

¹¹⁸⁹ Communication du 2 octobre 1986, Groupe de travail présidé par Zambrowski, p. 5 (Documents DGS).

¹¹⁹⁰ Articles L 332-3 et suivants du Code de la Santé Publique. La commission est chargée d'établir un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence, d'examiner la situation des personnes hospitalisées "en tant que de besoin" (mais examen obligatoire quand un hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au delà de trois mois), "en tant que de besoin" de saisir le préfet ou le procureur de la République de cette situation, de visiter les établissements habilités, de recevoir les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil, d'adresser annuellement un rapport de son activité au préfet et au procureur de la République et de le présenter au conseil départemental de santé mentale. Cette commission peut également proposer au président du Tribunal de Grande Instance d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée.

¹¹⁹¹ Jean-François Mattéi redoute la faisabilité pratique des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, (disponibilité des membres, inégalités départementales) et dénonce de surcroît "l'illusion" consistant à croire que multiplier les commissions est "une solution miracle" (p. 1311). L'Amendement de Madame Isaac-Sibille n°84 visant à supprimer la commission départementale des hospitalisations psychiatriques au motif qu'aucun moyen n'est prévu pour son secrétariat est rejeté (p. 1342). *Débats Parlementaires, op. cit.*

argument lié à la défense des libertés individuelles¹¹⁹².

Le projet de loi prévoit la composition suivante pour la commission départementale des hospitalisations psychiatriques : un psychiatre, un magistrat, deux personnes qualifiées nommées respectivement par le préfet du département et le président du conseil général¹¹⁹³. Sur la composition de la commission, le désaccord parlementaire se fait sur l'intégration de représentants d'associations de familles des patients ou de défense des patients : leur participation de droit est rejetée¹¹⁹⁴ au profit d'un amendement proposant que les personnes qualifiées, dont l'une devra être psychiatre, soient nommées après entretien et accord du préfet et du Président du Conseil Général¹¹⁹⁵. La commission instituée par la loi du 27 juin 1990 intégrera finalement un magistrat désigné par le premier président de la Cour d'appel, un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel, deux personnalités qualifiées désignées l'une par le préfet, l'autre par le président du conseil général – un psychiatre et un représentant d'une organisation représentant des familles de personnes atteintes de troubles mentaux. Les principes d'une présidence tournante et d'un bilan annuel des procédures d'hospitalisations sans consentement, en urgence ou non, sont retenus.

2. Un contrôle élargi aux conditions d'hospitalisation

La rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998¹¹⁹⁶ est l'occasion d'un bilan : la synthèse de l'activité pour l'année 1997 des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques qui y est élaborée nous permet de relier des données quantitatives aux appréciations qualitatives émises par les divers acteurs¹¹⁹⁷ présents lors de cette rencontre.

Le travail des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques a

¹¹⁹² Madame Isaac-Sibille motive son amendement n°84 visant la suppression de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques le caractère "irréaliste et dangereux" d'une commission impliquant l'établissement d'un fichier nominatif départemental en contradiction avec la loi informatique et liberté. L'amendement en question est rejeté. *Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1342.

¹¹⁹³ D'après l'article L. 332-3 du Code de la Santé Publique, il est institué "dans chaque département une commission chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Cette commission se compose d'un psychiatre désigné par le procureur près la cour d'appel, d'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel, d'une personnalité qualifiée désignée par le préfet, d'une personnalité qualifiée désignée par le président du conseil général".

¹¹⁹⁴ L'amendement n°78 de Madame Boutin et Monsieur Durieux tendant à la désignation d'un "représentant d'une association familiale ou de défense des consommateurs de santé" est rejeté. (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1343).

¹¹⁹⁵ Conformément à l'amendement n°7 adopté, porté par Monsieur Chouat (*Débats Parlementaires, op. cit.*, p. 1343).

¹¹⁹⁶ Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999 relative au rapport d'activité de la Commission Départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 1998, Texte 1467 du bulletin officiel 99/22, non publiée au JO, reproduit dans le numéro 6 de la Revue *L'information psychiatrique* dans la rubrique "Documents administratifs", juin 1999, pp. 652-657.

permis, malgré ses difficultés de fonctionnement de lister un certain nombre de problèmes attendant aux conditions d'hospitalisation. Outre la disparité des conditions matérielles de l'hospitalisation (visite, hygiène, sécurité, confort) des soins et des activités possibles selon les établissements¹¹⁹⁸, les membres des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques remarquent la réticence de certains soignants aux visites d'établissement¹¹⁹⁹, l'insuffisance de la rédaction des certificats initiaux, et l'inégalité de rédaction des certificats de prolongation¹²⁰⁰. L'institution des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques a servi non seulement à contrôler la légalité des hospitalisations psychiatriques mais à relever plus largement les causes d'inefficacité de la loi de 1990, ainsi que les conditions d'hospitalisation qu'elle n'avait pas vocation à évaluer, c'est-à-dire essentiellement les moyens attribués à la prévention, au diagnostic, aux soins, à la réadaptation et la réinsertion sociales, objets de la loi pourtant annoncés dans le nouvel article L.326 institué par la loi de 1990¹²⁰¹. En outre, on constate que la commission départementale des hospitalisations psychiatriques a peu à peu

¹¹⁹⁷ Un magistrat, psychiatre public, un psychiatre privé, un représentant de famille de malades tous dans des CDHP, un président de CDHP, plus hors CDHP : un représentant des usagers, un médecin inspecteur de la DDASS, un membre de la DGS pour la présentation de statistiques, un directeur des soins infirmiers aux hôpitaux universitaires de Genève ("Rencontre nationale des commission départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé, Sous-direction de la santé des populations, Bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances, 93 pages).

¹¹⁹⁸ Témoignage d'un juge d'instance membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques des Bouches du Rhône : "grande disparité dans l'usage des structures fermées" (p. 7-9). D'après le témoignage d'un représentant de l'UNAFAM à l'EUFAMI (fédération européenne des associations de familles de malades psychiques) membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Pas de Calais, il y a de "grandes différences de soins entre secteurs d'un même hôpital, salissure et délabrement de certains hôpitaux", et parfois "des chambres d'isolement pires qu'une cellule carcérale" ("Rencontre nationale des commission départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 7-9 et pp. 29-32). Les mêmes conclusions sont formulées au niveau national dans la Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, p. 656.

¹¹⁹⁹ Témoignage du Docteur L., psychiatre non hospitalier dans une commission départementale des hospitalisations psychiatriques : "les visites vécues initialement comme inspection progressivement centrées sur les demandes des patients", il note que "le malaise des soignants qui pour certains n'ont pas prévenu les patients du passage de la commission" p. 19-27. Témoignage d'un représentant de l'UNAFAM à l'EUFAMI (fédération européenne des associations de familles de malades psychiques) membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Pas de Calais, pointe la nécessité de visites improvisées ("Rencontre nationale des commission départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 29-32).

¹²⁰⁰ Témoignage du Docteur L. psychiatre non hospitalier dans une commission départementale des hospitalisations psychiatriques, *ibid*, pp. 19-27.

¹²⁰¹ Le témoignage d'un chef de psychiatrie infanto-juvénile à l'hôpital de Chartes, membre d'une commission départementale des hospitalisations psychiatriques, en est un exemple puisqu'il dénonce "les mauvaises conditions d'hébergement, de soins et d'accès au soin pour la population la plus déficitaire et la plus défavorisée" ("Rencontre nationale des commission départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 11-18).

étendu sa mission de contrôle des conditions d'hospitalisation à celle de médiation quasi-thérapeutique entre patients et soignants¹²⁰².

Il apparaît clairement que les levées d'hospitalisation après examen par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques sont extrêmement rares¹²⁰³. Le rapport statistique de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques du Rhône pour l'année 1998 confirme le bilan effectué au niveau national. En effet, après l'examen de 711 dossiers, quatre visites aux centres hospitaliers Le Vinatier, Saint-Jean-de Dieu, et Saint-Cyr au Mont d'Or, et vingt-huit plaintes de patients, la Commission conclue : "aucune intervention de la commission n'est apparue nécessaire"¹²⁰⁴. De plus, le Rapport de la Commission du Rhône note que les visites aux établissements et l'examen des dossiers ont été l'occasion constater parfois de mauvaises conditions "hôtelières", l'accès insuffisant "à l'air libre" de patients hospitalisés d'office, "la brièveté des certificats médicaux", etc¹²⁰⁵.

A-2- LES CONTRAINTES DE LA COMMISSION DE CONTRÔLE

Nous ne saurions expliquer la disparité du nombre d'hospitalisations sans consentement et de leur durée selon les départements (l'écart étant rapporté à la taille de la population)¹²⁰⁶. Deux critères pourraient éclairer une telle diversité : les différences de populations desservies par le secteur (densité démographique, niveau de précarité, accès aux soins) ou les politiques des établissements psychiatriques. Nous ne disposons pas de données précises en la matière. Nous nous contenterons donc d'expliquer les facteurs de

¹²⁰² Témoignage d'un juge d'instance membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques des Bouches du Rhône (*ibid*, pp. 7-9). Le Docteur L., psychiatre non hospitalier dans une commission départementale des hospitalisations psychiatriques note la "vocation thérapeutique des entretiens avec les patients" en hospitalisation libre, les hospitalisés depuis des années mais explique que la situation la plus difficile à gérer concerne les patients présentant une dangerosité réelle, ou les patients plus structurés réclamant une sortie (*ibid* pp. 19-27). Le représentant de l'UNAFAM à l'EUFAMI, membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Pas de Calais constate une «bonne entente entre médical et juridique mais pas toujours avec les patients" (*ibid*, pp. 29-32).

¹²⁰³ Les commissions n'ont proposé au Préfet de lever une hospitalisation d'office que dans les départements de l'Aveyron (deux fois), une fois dans le Vaucluse, et une fois en Vendée en 1998, sur plus de 60000 hospitalisations sans consentement (Madame Mengual, adjointe au DGS, "Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, p. 5). Le témoignage du représentant de l'UNAFAM à l'EUFAMI confirme cette affirmation : "il n'y a pratiquement pas d'hospitalisation abusive, ("Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 29-32). C'est la même chose pour un juge d'instance membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques des Bouches du Rhône : "La pratique n'a pas mis en évidence le recours à des hospitalisations arbitraires" (*ibid*, pp. 7-9). Ce constat est confirmé au niveau national puisque l'on parle de "rareté des hospitalisations abusives" dans la Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999 (*op. cit.*, p. 654).

¹²⁰⁴ *Rapport statistique de l'année 1998 de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Rhône*, DDASS, Bureau 602, p. 3. Les membres de la commission sont à l'époque Jean Sabatini, Président, Jean-Marc Elchardus, René Sorgues et André Bernou.

¹²⁰⁵ *Ibid*, pp. 2-3.

variabilité du contrôle lui-même.

1. Un contrôle inégal

En 1995, l'Association Nationale des Présidents et des Vice-Présidents de Commissions médicales d'établissement des Centres Hospitaliers Spécialisés relativise les analyses des commentaires des CDHP en raison de la variabilité de la date de leur constitution, et du nombre de leurs réunions : elle demande que l'on réfléchisse "aux moyens de les fiabiliser et de les pérenniser", afin que l'on évalue sérieusement "si le nombre d'hospitalisations sous contrainte et le nombre de recours auprès des tribunaux administratifs ont augmenté ou diminué depuis 1990"¹²⁰⁷. Cette proposition nous informe sur la légitimité acquise de telles institutions d'une part, et sur l'absence de réticence à évaluer les pratiques abusives de l'internement. En outre, l'Association attribue à l'insuffisance des moyens matériels et humains les cas de recours à l'enfermement par mesure de sécurité. Ici, c'est moins le contenu même du texte de loi qui est critiqué que les conditions de son contexte d'application.

La variabilité du nombre de dossiers examinés d'une commission départementale des hospitalisations psychiatriques¹²⁰⁸ à l'autre atténue considérablement le constat d'une quasi-absence des internements abusifs¹²⁰⁹. Les témoignages des membres de commissions départementales des hospitalisations psychiatriques lors des rencontres de 1998 mettent en effet en évidence la disparité des fréquences de réunions et visites des établissements des membres de la commission, en raison même de la diversité du volume de dossiers à traiter¹²¹⁰.

¹²⁰⁶ Pour les hospitalisations sur demande d'un tiers, l'écart est de 1 à 5 en les rapportant à la taille de la population ; pour les HO, la proportion est de 14% des HSC mais la proportion pouvant varier de 3% à 25% d'un département à l'autre. Les mesures d'urgence représentent 28% des HDT mais varient de 0% à 100% des HSC. Les HSC de plus de trois mois correspondent à 18% des HDT mais variations de 1% à 90% ; les HO de plus de trois mois représentent 28% des HO mais varient de 3% à 100% selon les départements (Statistiques 1997 d'après les rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998, *op. cit.*, pp. 61-63).

¹²⁰⁷ C. Barthélemy, J-M. Villon, "Proposition de mémorandum sur la loi du 27 juin 1990", *op. cit.*

¹²⁰⁸ L'écart est important : il passe de moins de 10% des hospitalisations à 100% d'un département à l'autre, Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998, *op. cit.*, p. 6. Le nombre de réunions en 1997 varie de 0 à 12 alors que l'article 5 du décret n°91-981 du 25 septembre 1991 prévoit au moins une réunion par trimestre, Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, p. 654.

¹²⁰⁹ Madame Chineau (association d'usagers généralistes RESHUS) souligne que le nombre d'hospitalisations illégitimes données par les CDHP est inconnu si les malades ignorent l'existence de la commission. L'intervention de Madame Finkelstein, de la FNAP Psy, non membre d'une Commission départementale des hospitalisations psychiatriques, est de nature à relativiser la quasi-absence des internements abusifs : "10% de nos usagers seulement connaissent la commission départementale des hospitalisations psychiatriques». Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998, *op. cit.*, pp. 33-35 et p. 57.

2. Un contrôle fonction de l'existant local

Par manque de temps, les commissions privilégient l'examen des hospitalisations sous contrainte de plus de trois mois. Plusieurs propositions sont faites pour pallier ce problème, notamment la pondération du nombre de membres de la commission en fonction du nombre d'hospitalisations sous contrainte dans certains départements ou l'augmentation du nombre de commissions lui-même¹²¹¹.

Le personnel de la DDASS pointe le problème de recrutement de psychiatres libéraux en département rural et de la disponibilité des magistrats ou des praticiens hospitaliers compte tenu de leur charge de travail¹²¹². La conciliation des emplois du temps, l'éclatement géographique des membres de la Commission, aggravée par l'interdiction de la suppléance, rendent ardue l'atteinte du quorum requis par la loi¹²¹³.

En 1997 par exemple, on comptabilise au niveau national 67 commissions départementales des hospitalisations psychiatriques qui fonctionnent avec quatre

¹²¹⁰ Un chef de psychiatrie infanto-juvénile à l'hôpital de Chartes, membre d'une commission départementale des hospitalisations psychiatriques, fait état de 6 réunions par an pour à chaque fois environ 370 HSC dont 20 HO et une dizaine de courriers et d'une grande difficulté à répondre rapidement au courrier reçu alors que le Docteur L., psychiatre non hospitalier dans une commission départementale des hospitalisations psychiatriques juge insuffisant pour un gros département, le nombre des membres de la commission pour traiter 2690 dossiers d'HSC, nécessitant l'examen par répartition entre membres ayant une qualité différente (pas la même lecture d'un magistrat ou représentant des familles), et empêchant l'individualisation dans le suivi des dossiers. La conclusion des rencontres rappelle également la disparité du nombre de dossiers, due à la disparité démographique des départements eux-mêmes : "dans les petits départements, on peine à recruter les membres de la CDHP, dans les grands, la tâche est énorme". 52% des CDHP ont effectué en 1997 deux visites ou plus, 29% une à deux visites, 15% moins de une visite (là où beaucoup d'établissements), l'absence totale de réunions touche deux départements (Questionnaire adressé à toutes les DDASS de France en juin 1998 (91 réponses sur 100), Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998, *op. cit.*, pp. 29-32, pp. 11-27, pp. 37-47). Près de 50% 48% des CDHP ont pu effectuer au moins deux visites, comme le prévoit l'article 6 du décret n°91-981 du 25 septembre 1991 ; des commissions soulignent que leur travail compense l'absence d'application de l'article 332-2 du CSP qui prévoit une visite annuelle du maire, du préfet, et du procureur de la République (Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, pp. 654-655).

¹²¹¹ Le Docteur V., Président de la Commission Médicale d'Etablissement d'un hôpital du Val de Marne propose d'augmenter le nombre dans les départements ayant un nombre élevé d'HSC. Un médecin inspecteur de la santé publique s'inquiète des différences de taux d'HSC selon les départements ne s'expliquant pas seulement par la taille de la population ou le caractère rural, mais par des pratiques médicales différentes en Hôpital général et en ex-CHS et par l'appréciation de la notion d'ordre public des maires ou préfets (Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998, *op. cit.*, p. 57). On notera le cas particulier de l'île de France, où la CDHP est compétente lorsque l'établissement de ce département hospitalise un malade d'un autre département.

¹²¹² Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, p. 653.

¹²¹³ Le nombre de dossiers par réunion varie de 1 à 135, Questionnaire adressé à toutes les DDASS de France en juin 1998 (91 réponses sur 100), Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998, *op. cit.*, pp. 37-47.

membres, et cinq avec un à trois membres¹²¹⁴. La même année, la part des dossiers examinés en commission représente seulement 24% des HDT et 60% des HO effectuées¹²¹⁵. Et il faut ici signaler que, même si le nombre de dossiers examinés a augmenté en valeur absolue de 1993 à 1997, cela représente beaucoup moins en part relative, compte tenu de l'augmentation globale des Hospitalisations sans consentement¹²¹⁶.

La loi de 1990 oblige la Commission Départementale à "examiner la situation de toutes personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois"¹²¹⁷ mais l'obligation de visite des établissements est fixée semestriellement¹²¹⁸. L'examen de certaines hospitalisations sur demande d'un tiers inférieures à trois mois est donc impossible. L'évaluation de l'efficacité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ne peut donc se passer d'un retour sur l'évolution générale du temps d'hospitalisation (infra). La qualité et la quantité des réunions et des visites d'établissements par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques seront également fonction de l'implantation de l'offre hospitalière dans le département. Face aux nombreux dysfonctionnements des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques, leurs membres concluent à la nécessité de professionnaliser leurs fonctions ; la Direction Générale de la Santé s'opposera à une telle revendication au motif que les commissions ne sont pas des instances permanentes¹²¹⁹.

¹²¹⁴ Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, p. 653.

¹²¹⁵ Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, p. 652.

¹²¹⁶ "Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 61-63. Ainsi, le nombre de dossiers examinés par les commissions en pourcentage du nombre des HDT passe de 30% en 1993 à 24% en 1997, et en pourcentage du nombre d'HO, de 53% en 1993 à 60% en 1997 (Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, p. 652).

¹²¹⁷ Article L. 332-3 de la loi du 27 juin 1990. Notons ici que le groupe communiste avait proposé un amendement n°51 visant à ce que la commission examine le cas des personnes placées successivement à moins d'un mois d'intervalle et dont la durée cumulée est de trois mois (pour éviter que la loi ne soit détournée par fractionnement). Cet amendement fut rejeté à l'époque (*Débats parlementaires*, *op. cit.*, p. 1346).

¹²¹⁸ Intervention de Madame Finkelstein, de la FNAP Psy, non membre d'une commission départementale des hospitalisations psychiatriques ("Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 33-35).

¹²¹⁹ Les débats lors de la Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998 convergent vers la "nécessité de professionnels et non quasi-bénévoles dans la CDHP". Une indemnité de 252 Francs par séance de travail ou visite (sauf pour un psychiatre libéral) est prévue. La circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999 rappelle que les CDHP ne sont pas des instances permanentes et n'ont pas vocation à répondre à toutes les sollicitations des personnes malades, mais sont compétentes au regard de la loi pour les hospitalisations libres, et qu'elles ne sont pas compétentes pour solliciter des expertises médicales, ni habilitées à consulter le dossier médical des personnes (*op. cit.*, p. 657).

En 1990, les députés étaient tombés d'accord sur la nécessité d'une évaluation de la loi dans les cinq années après sa promulgation¹²²⁰. Depuis, seule la modification de la composition de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques et l'accès de cette dernière aux informations médicales détenues par les établissements contrôlés ont été légalisés. La loi du 4 mars 2002 fait ainsi passer les membres de la commission de quatre (deux psychiatres, un magistrat, un représentant des familles) à six membres (deux psychiatres, un magistrat, deux représentants d'associations agréées de personnes et d'usagers du système de santé, un médecin généraliste) avec une possibilité de recruter dans d'autres départements de la région¹²²¹. La possibilité de solliciter des personnalités dans les départements limitrophes, dans le but de résoudre les difficultés rencontrées dans certaines zones rurales, est également instituée.

Nous avons vu que les bilans d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques tendaient à confirmer l'écart entre la volonté du législateur et les pratiques effectives. Il semble que le choix du département comme cadre du contrôle des hospitalisations psychiatriques explique également l'inégalité des contrôles. En effet, le cadre départemental ne correspondant pas aux limites du secteur psychiatrique, qui lui est pensé en termes de poids démographique, il n'est pas étonnant que le fonctionnement des commissions nouvellement créées soit justement entravé par les disparités démographiques entre départements ou par l'inégalité de l'offre hospitalière faite aux personnes atteintes de troubles mentaux.

La loi de 1990 assigne de nouvelles missions à différents acteurs. En conséquence, le bon fonctionnement des commissions dépendra principalement des conditions d'exercice des professionnels à qui l'on assigne de nouvelles missions, conditions tributaires de facteurs extérieurs à la loi de 1990, et d'une matérialité variable selon l'existant local (le personnel des DDASS par exemple).

L'un des obstacles au fonctionnement de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques réside dans sa dépendance aux moyens logistiques de la DDASS¹²²². La loi de 1990 oblige en effet les établissements à envoyer les dossiers

¹²²⁰ La loi du 27 juin 1990 prévoit que cette évaluation sera établie sur la base des rapports des commissions départementales prévues à l'article L.332-3 du Code de la Santé Publique ; et soumise au Parlement après avis de la Commission des Maladies Mentales.

¹²²¹ La commission prévue à l'article L. 332-3 du Code de la Santé Publique se compose : "1° De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'Etat dans le département ; 2° D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ; 3° De deux représentants d'associations agréées de personnes malades et d'usagers du système de santé dont au moins un représentant d'association de personnes malades, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ; 4° D'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'Etat dans le département. En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission mentionnée dans le présent article, des personnalités des autres départements de la région ou des départements limitrophes peuvent être nommés".

¹²²² L'intervention d'un médecin inspecteur de santé publique assurant le suivi des relations DDASS-CDHP est confirmée par le témoignage d'un chef de psychiatrie infanto-juvénile à l'hôpital de Chartes, membre d'une commission départementale des hospitalisations psychiatriques ("Rencontre nationale des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 35-47 et p. 11-18).

d'admission et les certificats médicaux en double exemplaire à la DDASS et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Concrètement, le même agent gère fréquemment les deux dossiers à la DDASS puisque le secrétariat de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est lui-même assuré par la DDASS¹²²³. Un questionnaire adressé à toutes les DDASS de France en juin 1998, renseigné à 91% permet de constater que la charge de travail en DDASS par agent varie considérablement d'une DDASS à l'autre¹²²⁴. En pratique, d'après le questionnaire, 86% des DDASS ne gèrent qu'un seul dossier pour faciliter l'information réciproque entre la DDASS et la CDHP¹²²⁵ et dans 39% des cas, la DDASS participe aux réunions de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

B- Les dérives de la loi

Nous entendons par "dérives de la loi" les pratiques qui vont à l'encontre des objectifs affichés par les rédacteurs de la loi de 1990, qui se sont développées par respect des formes de la légalité. Deux types de dérives peuvent être distingués : la généralisation des procédures d'urgence et les conséquences de la restriction du tiers demandeur (dans le cadre des hospitalisations sur demande d'un tiers). Si nous incluons ce genre de dérives au rang des preuves du caractère formel de la loi de 1990, c'est parce qu'elles sont d'après nous issues de l'oubli législatif de contraintes spécifiques à la psychiatrie publique : ainsi, l'augmentation des mesures d'urgence est en partie liée à la difficulté de trouver concrètement le médecin rédacteur du second certificat exigé par la loi dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ; le même constat peut se faire quant à la question du tiers demandeur puisque le tiers est parfois introuvable ou contre-indiqué par les psychiatres eux-mêmes. Tout se passe donc comme si la matérialité de l'exercice public de la psychiatrie, résidant ici dans la pénurie de psychiatres hospitaliers mais également dans la particularité de la maladie mentale, resurgissait en dépit des injonctions légales. Pour mener à bien notre raisonnement, nous nous efforcerons d'exercer un regard critique sur les données quantitatives produites au niveau national sur l'évolution générale des modalités d'hospitalisation contrainte. Nous aurons également à

¹²²³ La DDASS gère le traitement du papier, le contrôle de légalité, la préparation des arrêtés, le contrôle des échéances pour les renouvellements, la réponse au téléphone ou aux courriers, les liens avec les tribunaux et centres pénitentiaires, les mémoires en réponse au Tribunal administratif, les signalements par les syndicats, particuliers ou secteurs, et le secrétariat de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Le responsable de la gestion est en général le médecin inspecteur de santé.

¹²²⁴ La disparité varie de 49 dossiers à 2620 dossiers par ETP d'agent et par an (moyenne de 660 par an). Pour les hospitalisations d'office, variation de 9 à 343 dossiers (moyenne de 96 par an). Le manque de personnel DDASS pour le secrétariat dans 6 départements est également dénoncé ("Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 35-47).

¹²²⁵ Dans l'ensemble, les hôpitaux n'envient qu'un seul exemplaire. Certaines DDASS, minoritaires, sont favorables au double dossier car le dossier DDASS comporte des pièces qui n'intéressent pas les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques. La gestion des plaintes est variable : elle se fait par la DDASS seule, la CDHP seule ou par la DDASS en liaison avec la CDHP. En outre, le personnel de la DDASS considère que l'adresse commune avec l'autorité décidant des HO n'est pas un gage d'impartialité pour la CDHP (*ibid*, pp. 37-47).

cœur de comparer des données nationales avec d'une part des évaluations locales, et d'autre part avec les témoignages de praticiens du secteur.

B-1- LA GÉNÉRALISATION DE L'URGENCE

La loi de 1990 prévoit un nouvel article L-333-2 du Code de la Santé Publique ainsi rédigé :

"A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil". ¹²²⁶

En cas de danger imminent, des procédures simplifiées permettent de mettre en œuvre une HDT sur présentation d'un seul certificat médical (associé à une demande d'admission) ou une HO par simple arrêté du maire (qui, à défaut de certificat médical, peut être prononcée lorsque le péril imminent est attesté par la seule notoriété publique). Cette disposition est conçue par plusieurs députés comme les rapporteurs du projet de loi initial comme un "progrès pour les urgences"¹²²⁷. A la lecture des débats parlementaires préalables à son adoption, force est de constater que la dérive pratique d'une généralisation des procédures d'hospitalisation sur demande d'un tiers est invoquée par certains députés¹²²⁸. Nous nous efforcerons d'interroger le bilan officiel de la pratique des mesures d'urgences, afin de saisir les effets mesurables de la loi de 1990.

1. La nécessité de relativiser l'évaluation

¹²²⁶ Les directives ministérielles du 13 mai 1991 rappellent que "la référence au péril imminent en cas de certificat unique est indispensable" et "peut éventuellement être complété par la nature des soins donnés avant l'arrivée de la personne dans l'établissement dont les effets peuvent modifier les signes cliniques" (Directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990, *op. cit.*, p. 560).

¹²²⁷ Monsieur Chouat propose un amendement n°16 visant la suppression du deuxième certificat de 24 h en cas d'urgence ; il rappelle que jusque là, aucun certificat n'est exigé. En effet, l'article 8 de la loi de 1838 prévoit que les chefs des établissements publics peuvent se dispenser d'exiger le certificat du médecin en cas d'urgence. Jacques Toubon s'accorde à penser que c'est un progrès pour les urgences tandis que les opposants à cette suppression mettent en avant la défense des Droits des malades ; Madame Boutin voit par exemple en cette suppression "une atteinte à la garantie des Droits du malade" (*Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1313). Deux amendements annulant le premier certificat en cas d'urgence sont finalement adoptés à l'Assemblée nationale (*Débats parlementaires, op. cit.*, pp. 1347-1348).

¹²²⁸ Pour répondre aux opposants à la suppression du second certificat en cas d'urgence, le Ministre Claude Evin renvoie à l'examen de régularité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. André Clert, député socialiste, élu local et médecin de la santé publique ayant participé au lancement de la sectorisation, affirme à l'occasion des débats parlementaires préalables à la loi de 1990 que "toute l'évolution de la situation du malade dépend de celui qui a permis le déclenchement de la procédure". L'expérience montre d'après lui que le médecin redoute à faire un certificat médical pour un malade qui n'a pas d'antécédents connus : trouver un second médecin paraîtrait illusoire. Monsieur Clert craint que "la difficulté à trouver un second médecin soit rapidement tournée par la déclaration, soit qu'il y a urgence, soit, ce qui serait encore plus grave, que le placement d'office s'impose" (*Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1318)

L'efficacité de la loi par rapport à son esprit fut relativisée lors de son évaluation. Nous préférons relativiser l'évaluation elle-même, compte-tenu des critères retenus par les instances d'évaluation. En effet, concernant le nombre d'internements d'une part, un rapport officiel de 1997 note l'accroissement du nombre des internements sans consentement depuis la loi de 1990, avec une augmentation plus forte pour les hospitalisations sur demande d'un tiers (en valeur relative et en valeur absolue) que pour les hospitalisations d'office¹²²⁹. Ainsi, l'accroissement moyen des hospitalisations sans consentement est évalué à 1259 par an entre 1980 et 1988, à 4051 par an entre 1990 et 1996¹²³⁰.

Cependant, ces données brouillent l'état des lieux que l'on cherche à établir puisque, comme dans le bilan des rapports d'activité des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques en 1998¹²³¹, elles ne permettent pas de déduire de l'augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement un accroissement du nombre de personnes hospitalisées sans leur consentement. En effet, elles ne prennent pas en compte le nombre de personnes ayant individuellement bénéficié plusieurs fois de mesures successives. La baisse de la durée moyenne des hospitalisations sur demande d'un tiers¹²³² et la stabilité moyenne du nombre de renouvellement des hospitalisations d'office au quatrième mois entre 1992 et 1996¹²³³, permettent seulement de formuler l'hypothèse selon laquelle l'augmentation du nombre de mesures d'hospitalisations sur demande d'un tiers correspond en réalité à une multiplication des hospitalisations sur demande d'un tiers de courte durée pour les mêmes personnes. Cependant, cette hypothèse demeure fragile dans la mesure où la durée moyenne de séjour utilisée est forcément moins représentative en raison des quelques malades au long séjour qui font augmenter le taux, que la médiane de durée de séjour non utilisée dans les statistiques. Si la comparaison des durées moyennes de séjour permet de conclure à une baisse globale de celles-ci depuis les trente dernières années¹²³⁴, elle demeure toutefois un indicateur très limité pour comprendre d'autres transformations.

¹²²⁹ En 1980, la part des hospitalisations sur demande d'un tiers représente 81,2% des hospitalisations sans consentement ; en 1988, 80,3%, en 1992, 82,4% et en 1996 : 85,4% (Hélène Strohl, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, n°97081, septembre 1997). En valeur absolue, les HDT augmentent de 42% entre 1993 et 1997 alors qu'elles avaient augmenté de 3% entre 1988 et 1992 et de 16% entre 1992 et 1993. Les hospitalisations d'office augmentent en valeur absolue de 48% entre 1980 et 1998 et seulement de 8% entre 1988 et 1997 (avec une diminution entre 1988 et 1993 et une augmentation entre 1993 et 1997) ; elles passent de 18,21% des HSC en 1980, à 19,7% en 1988, 15,9% en 1993 et 13,5% en 1997 (Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, pp. 652-653).

¹²³⁰ Hélène Strohl, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, *op. cit.*

¹²³¹ Texte 751 du bulletin officiel 98/12, in *L'information psychiatrique*, n°5, 1998, pp. 513-516.

¹²³² La part des hospitalisations sur demande d'un tiers de plus de trois mois passe de 25% en 1992 à 18% en 1997 (Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999 *op. cit.*, p. 652).

¹²³³ Les renouvellements d'HO au 4ème mois passent de 30% des HO en 1992 à 31% en 1996 (Texte 751 du bulletin officiel 98/12, *op. cit.*, p. 515).

S'agissant du constat de l'hétérogénéité dans l'espace de l'utilisation des procédures d'hospitalisation sans consentement¹²³⁵, et de la part relativement stable des hospitalisations sans consentement par rapport aux hospitalisations libres¹²³⁶, les statistiques paraissent moins problématiques.

2. La progression des mesures d'urgence

Dans le rapport des Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt "De la Psychiatrie vers la Santé Mentale"¹²³⁷, remis trois mois après l'annonce d'un plan de santé mentale à Bernard Kouchner et Elisabeth Guigou, le développement concernant les "droits spécifiques pour les personnes atteintes de troubles mentaux" fait état d'une augmentation, entre 1988 à 1998 de 57% des hospitalisations sans consentement. Rappelons une fois encore que ce chiffre est à rapporter à l'augmentation du nombre global des hospitalisations en psychiatrie et à la baisse de la durée moyenne d'hospitalisation¹²³⁸. En outre, le rapport confirme les chiffres des années précédentes sur le développement des hospitalisations sans consentement après une mesure d'urgence (30% des mesures d'hospitalisations sur demande d'un tiers en 1998)¹²³⁹.

Le Rapport statistique de l'année 1998 que la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques du Rhône¹²⁴⁰ nous a fourni s'accorde avec les évolutions

¹²³⁴ Elle est de 250 jours en 1970 et de 59 jours en 1995 (Reynaud M., Gallot A. M., Lefèvre L., "La politique de santé mentale en France", in Kovess V., Lopez A., Pénocet J.C., Reynaud M. (dir), *Psychiatrie années 2000*, Flammarion, Médecine-Sciences).

¹²³⁵ Là, le bilan des rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques en 1996 est plus exploitable : il fait état d'un écart de 1 à 5 du nombre d'HDT pour 100 000 habitants selon les départements (texte 751 du bulletin officiel 98/12, *op. cit.*, p. 513).

¹²³⁶ 32482 HSC en 1985 sur 332495 hospitalisations totales soit 9,76%, en 1992, 37688 HSC soit 9,61% des 391 803 hospitalisations totales, 51290 HSC en 1995 soit 12% des 426 096 hospitalisations totales en psychiatrie générales (SESI-Enquêtes complémentaires sur la psychiatrie de 1980 à 1988, Rapport d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques de 1992 à 1996- DGS, SESI- Enquêtes H80-SAE pour les hospitalisations totales). D'autres chiffres font état de 11% d'HSC sur le nombre total d'hospitalisations en psychiatrie générale en 1988, de 14% en 1994, de 13% en 1997 (Hélène Strohl, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, p. 653).

¹²³⁷ Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, " De la Psychiatrie vers la Santé Mentale ", *op. cit.*

¹²³⁸ Elle est de 86 jours par an en 1989, de 59 jours par an en 1995 (Raymond Lepoutre, "La santé mentale en chiffres", in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué (dir), *La santé mentale des français*, *op. cit.*, p. 77). Le rapport Piel et Roelandt indique qu'elle est de 37, 5 en 1998 (*ibid*).

¹²³⁹ On constate une augmentation du nombre d'HSC mais un passage de 11% des hospitalisations psychiatriques en 1988 à 13 % en 1997, une augmentation des HSC après mesure d'urgence et la baisse des durées de séjour. En 1999, on compte 46 000 en HDT, dont 14 000 selon la procédure d'urgence (un seul certificat médical), dont 6 400 d'une durée de plus de 3 mois et donnant lieu à 10 262 sorties d'essai ; et 7.450 en HO, dont 5 000 en urgence par les maires dans le cadre de mesure provisoire, dont 1 900 d'une durée supérieure à 4 mois et donnant lieu à 7 115 sorties d'essai. //psydoc-fr.broca.iserm.fr

nationales sur trois points : l'augmentation des procédures d'urgences, la relative stabilité des hospitalisations d'office, et la rareté des internements abusifs. En effet, le document fait état d'une augmentation générale des hospitalisations sous contrainte¹²⁴¹, due principalement à une augmentation nette des hospitalisations sur demande d'un tiers par rapport aux hospitalisations d'office¹²⁴².

Ainsi, le rapport enregistre une augmentation des procédures d'urgence : on comptait 16,8% d'hospitalisations sur demande d'un tiers en urgence sur le total des hospitalisations sur demande d'un tiers en 1997 ; elles en représentent 18,7% en 1998, tandis que les hospitalisations d'office en urgence sont passées de 60% en 1997 à 66,1% en 98¹²⁴³.

En 1998, 2211 hospitalisations sur demande d'un tiers et 280 hospitalisations d'office ont été effectuées dans le Rhône. La commission départementale du Rhône a examiné 711 dossiers¹²⁴⁴, soit un tiers de plus que l'année précédente. Les hospitalisations sur demande d'un tiers de plus de trois mois examinées par la commission représentent 12,4% des hospitalisations sur demande d'un tiers effectuées en 1998, les hospitalisations d'office renouvelées au quatrième mois 18% du total des hospitalisations d'office réalisées la même année. Au niveau des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, les rapports annuels existant depuis 1992 confirment le fait que le second certificat pour les hospitalisations sur demande d'un tiers fait augmenter les placements d'urgence et pointent la difficulté de trouver le tiers nécessaire à l'hospitalisation¹²⁴⁵.

La progression des mesures d'urgence en hospitalisation sur demande d'un tiers¹²⁴⁶ est confirmée sur notre terrain local de recherche par les praticiens eux-mêmes :

¹²⁴⁰ Rapport statistique de l'année 1998 de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Rhône, p. 2.

¹²⁴¹ Elle est évaluée à 7,6% entre 1998 par rapport à l'année 1997 (*ibid*, p. 2).

¹²⁴² En un an, il y a eu une augmentation de 7,6% des hospitalisations sous contrainte, de 9,2% des HDT et une baisse de 2,1% des HO (*ibid*, p. 1).

¹²⁴³ Le rapport note en outre 16 transformations de HDT en HO et 2 entrées en L. 348. Les HO renouvelées au quatrième mois s'élève à 140 (*ibid*, p. 2).

¹²⁴⁴ 275 HDT de plus de trois mois, 275 HDT d'urgence, 50 HO renouvelées au quatrième mois, 111 HO en urgence, et 7 dossiers qui ont nécessité un rapport médical circonstancié compte tenu de la "brièveté des certificats médicaux fournis" (*ibid*, p. 3).

¹²⁴⁵ Rapports annuels des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (1997-1998-1999).

¹²⁴⁶ 13% des HDT en urgence en 1992 à 23% en 1995 (Hélène Strohl, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990). Le rapport d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques de 1996 évalue à 26% des HDT, les HDT en urgence en 1996 ; ce chiffre est à comparer à la relative stabilité des HO en urgence sur le nombre total de HO entre 1992 et 1996 (de 62% en 1992 à 64% en 1996 avec une baisse à 60% en 1995) (texte 751 du bulletin officiel 98/12 *op. cit.*, pp. 514-515). Le pourcentage de mesures d'urgence pour les HDT est évalué à 30% en 1997 (Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, p. 652).

"Ici, on a un nombre croissant d'HSC depuis la loi de 1990. Et une augmentation des hospitalisations d'urgence"¹²⁴⁷.

Cette affirmation doit être précisée à l'aune des rapports du département d'information médicale du secteur étudié. Ainsi, si l'on se réfère aux chiffres correspondant au nombre d'hospitalisations d'office "patients hors secteur exclus"¹²⁴⁸ en 2001 et 2002, on remarque que le nombre d'entrées et de présents au 1er janvier en hospitalisation d'office est en baisse avec une durée moyenne de séjour sensiblement égale¹²⁴⁹ alors que le nombre d'entrées et de présents au 1er janvier en hospitalisations sur demande d'un tiers HSMDP-exclus¹²⁵⁰ augmente dans le même temps de 24,7% (de 134 à 178). Si l'on inclut les entrées et présents en hospitalisation sur demande d'un tiers issus d'autres secteurs "par manque de place" on passe de 174 à 208 soit une augmentation de 16,3% en un an.

Cette évolution est à penser en intégrant l'indice de la durée moyenne de séjour pour les hospitalisés sur demande d'un tiers : elle est de l'ordre de 43 jours en moyenne pour les HDT-HSMDP exclus et de l'ordre de 33 jours en moyenne pour les HDT-HSMDP inclus. On a donc bien une multiplication des mesures d'hospitalisation sur demande d'un tiers avec une baisse de la durée moyenne de séjour, d'où l'intérêt de créer un indice correspondant à la durée moyenne de séjour reconstituée (voir infra). Malheureusement, le rapport de la DIM de Maison Blanche pour 2001 et 2002 ne comptabilise pas les mesures prises en urgence. Nous savons seulement constater que la plupart des hospitalisations d'office se font en urgence, comme nous le confirme le chef de service du secteur 27: "plus de 90% des HO viennent de l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police"¹²⁵¹.

Pour les hospitalisations sur demande d'un tiers, il semble que la transformation de l'exception en droit commun caractérise les pratiques nationales. L'impossibilité de "trouver un second médecin" entraîne la généralisation des hospitalisations sur demande d'un tiers en urgence. Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques considèrent dans l'ensemble qu'il y a une utilisation abusive des procédures d'urgence d'hospitalisation sur demande d'un tiers, devenant parfois une véritable pratique hospitalière ; elles l'expliquent par l'obstacle du second certificat, mais

¹²⁴⁷ *Entretien avec le Docteur Safran.*

¹²⁴⁸ Le Département d'information médicale a créé deux types de catégories : les hospitalisés d'office du secteur HSMPD (hors secteur par manque de place) inclus, qui intègre les patients qui devraient être pris en charge par d'autres secteurs qui n'ont pu les accueillir par manque de place, et les hospitalisés d'office HSMPD exclus (HSMDP) qui totalisent les patients relevant juridiquement du secteur 27. La même distinction est faite pour les hospitalisations libres et sur demande d'un tiers. Le secteur est amené parfois à faire prendre en charge des patients par d'autres secteurs psychiatriques ou établissements privés en raison d'un manque de lits et de places ou de délais d'attente trop longs. Dans ce cas dans le secteur 27, le suivi est ensuite assuré par le secteur théorique de rattachement (Rapport de secteur pour l'exercice 2003, Etablissement Maison Blanche, 2004, p. 6).

¹²⁴⁹ 97 entrées et présents au 1er janvier 2001 en HO-HSMDP exclus avec une durée moyenne de séjour de 95,5 jours et 86 au 1er janvier 2002 avec une durée moyenne de séjour de 88,2 jours.

¹²⁵⁰ HSMDP exclus désigne le volume de patients pris en charge par le secteur, à l'exclusion de ceux relevant normalement d'autres secteurs psychiatriques (HSMDP signifie "Hors secteur par manque de place").

également par le caractère flou de la notion de "péril imminent"¹²⁵². La nécessité "d'attendre parfois le trouble grave du comportement pour réaliser une hospitalisation nécessaire depuis longtemps"¹²⁵³ rejoint les confidences que les psychiatres de secteur nous ont faites. A ce constat s'ajoute celui d'une tendance à la généralisation de la procédure d'urgence, moins en raison de troubles psychiatriques que "pour des troubles comportementaux (suicide, abus de toxiques et troubles liés à la précarité sociale)"¹²⁵⁴. Sur un plan qualitatif encore, on note l'augmentation du nombre de mesures d'hospitalisations d'office appliquées à des adolescents ou de jeunes majeurs¹²⁵⁵. Et il convient ici de rappeler l'augmentation des hospitalisations libres et la généralisation des sorties d'essai afin que l'augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement ne puisse être interprétée comme le résultat d'une baisse des hospitalisations libres¹²⁵⁶.

Au niveau national, les psychiatres déplorent la généralisation des mesures d'urgence. Plusieurs actes en témoignent ; nous en avons retenu deux.

Premièrement, en 1995, la proposition de mémorandum sur la loi de 1990 de l'Association Nationale des Psychiatres Présidents ou Vice-présidents des Commissions médicales d'établissement des Centres Hospitaliers Spécialisés¹²⁵⁷, qui sont des représentants élus des praticiens hospitaliers, formule un véritable réquisitoire contre la loi de 1990 et son évaluation récente. Notamment pour l'Association, la notion de "péril imminent"¹²⁵⁸ de la loi de 1990 est impropre à respecter "le temps" de la psychiatrie et favorise alors "les pièges de l'urgence" comportementale; la loi de 1990 est qualifiée de

¹²⁵¹ Concernant les hospitalisations d'urgence, il convient ici de noter le circuit de prise en charge spécifique à Paris : en effet, lorsque la prise en charge d'un malade s'effectue dans l'urgence, sa situation dépend de deux structures, l'Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de police de Paris (IPPP) et le Centre Psychiatrique d'Orient et d'accueil (CPOA). La première de ces institutions est chargée d'accueillir les personnes atteintes d'une pathologie mentale dans trois cas de figure : lorsqu'une mesure provisoire a été prise par un commissaire de police à partir d'un certificat médical, ou en fonction d'un danger notoire (article L-343 du CSP), en application de l'article D 398 pour un détenu jugé dangereux dans un établissement pénitentiaire, et enfin suite à un non-lieu fondé sur l'article 122-1 du Code Pénal. L'IPPP doit faire connaître l'avis d'un psychiatre en vue d'une éventuelle hospitalisation d'office.

¹²⁵² Certaines Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques notent que certains hôpitaux en font presque la règle (Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, p. 655).

¹²⁵³ Témoignage du Docteur L., "Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 19-27.

¹²⁵⁴ Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999, *op. cit.*, p. 655.

¹²⁵⁵ *Ibid*, p. 655.

¹²⁵⁶ Un représentant de l'UNAFAM, membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Pas de Calais considère comme une anomalie admise la levée d'hospitalisations sur demande d'un tiers si un patient fugue ou ne rentre pas d'une sortie programmée mais constate une généralisation des sorties d'essai et des passages en hospitalisation libre ("Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998", *op. cit.*, pp. 29-32).

"paradoxe" car "elle pérenniserait une spécificité de la psychiatrie sur ce qui ne la spécifie plus : la contrainte"¹²⁵⁹. S'ajouterait à cela l'atteinte des libertés individuelles par la possibilité d'établir un certificat d'urgence par praticien ayant une attache avec l'établissement.

Deuxièmement, parmi les vingt-deux mesures à prendre en urgence adoptées en quatre motions par l'assemblée générale des Etats Généraux de la Psychiatrie le 7 juin 2003, la "révision de la loi de 1990" est exigée. Cet argument n'est pas développé. Aussi est-il nécessaire de revenir aux rapports préalables à ces journées. Celui de Sylvie Péron¹²⁶⁰, vice-présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, juge la loi de 1990 paradoxale car elle aurait "multiplié les possibilités d'hospitalisation par l'utilisation de l'alinéa du péril imminent"¹²⁶¹.

B-2- DES EFFETS PERVERS

Il n'y a rien d'étonnant à ce la loi puisse être une forme. Sa généralité l'impose en quelque sorte. Mais il existe une différence entre ce qui est formel (la forme comme expression) et ce qui est formaliste (la forme comme illusion). Concernant la loi de 1990, il semble qu'un certain nombre de procédures instituées dans un but précis (la prévention d'une hospitalisation abusive) par le législateur aient produit des effets entrant parfois en contradiction avec l'esprit de la loi. En effet, la loi de 1990 était justifiée par une volonté de fixer des conditions restrictives à l'hospitalisation contrainte, pour définir un espace de protection sanitaire légitime. En pratique, des dérives diverses ont fini par contrarier cet objectif puisque plusieurs exemples témoignent d'une impossibilité de soins moins en raison de la préservation d'une liberté du patient que du fait de contingences matérielles variables.

1. La restriction du tiers demandeur

Lors des débats parlementaires de 1990, deux amendements des groupes communiste et socialiste visent à exclure explicitement des tiers possibles le personnel soignant et non le "personnel"¹²⁶². La garantie contre l'internement abusif est renforcée par un amendement

¹²⁵⁷ "La réforme de la loi du 30 juin 1838 avait suscité un très grand espoir parmi plusieurs générations de psychiatres... la déception suscitée par la loi du 27 juin 1990 fut à la même mesure" (C. Barthélemy, J-M. Villon, "Proposition de memorandum sur la loi du 27 juin 1990", Association Nationale des psychiatres Présidents ou Vice-Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés, 1996, www.ch-le-vinatier/cme-psy).

¹²⁵⁸ Dans le *Livre Blanc sur la santé mentale*, l'une des propositions consiste également à supprimer le second certificat d'admission pour "faciliter l'admission hospitalière" ; le second certificat des 24 h doit pouvoir suffire pour éviter toute hospitalisation abusive (*Livre Blanc sur la santé mentale*, CICA 20ème, octobre 2001, p. 222).

¹²⁵⁹ C. Barthélemy, J-M. Villon, *Ibid.*

¹²⁶⁰ Psychiatre Hospitalier à Argenteuil.

¹²⁶¹ www.eg-psychiatrie.com.

proposant de remonter jusqu'au quatrième degré de parenté au lieu du second¹²⁶³. La rédaction finale établira que le tiers peut être "un membre de la famille, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt, à l'exclusion du personnel soignant de l'établissement d'accueil"¹²⁶⁴. Le 13 mai 1991, les directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990 préciseront qu'une hospitalisation sur demande d'un tiers "peut être demandée par une assistante sociale qui n'est pas personnel soignant au sens juridique du terme, à condition qu'elle ait rencontré la personne concernée"¹²⁶⁵. Cette phrase témoigne de la volonté officielle de préserver le rôle de tiers du médecin, vis-à-vis de la personne demandant l'hospitalisation.

Le Bureau de la Santé Mentale de la Direction Générale de la Santé entretient un réseau avec les DDASS, ce qui lui permet de connaître les difficultés d'application de la loi de 1990. Pour l'hospitalisation sur demande d'un tiers, et d'après les DDASS, dans 30% des cas, les demandes sont rédigées par des personnes ne connaissant pas le patient. Ces dernières peuvent être le directeur de l'établissement, ses représentants, des assistantes sociales¹²⁶⁶ ou secrétaires médicales. Bien que les difficultés se traduisent en pratique d'après le Bureau de la Santé Mentale par une meilleure recherche des familles, force est de constater que, parfois, la famille fait défaut ou se révèle pathogène.

Un récent arrêt du Conseil d'Etat met un coup d'arrêt aux recherches de tiers ne connaissant pas directement la personne hospitalisée. Ici, la demande d'hospitalisation au CHS de Caen émanait de l'infirmier général représentant du directeur du CHS de Lisieux. La personne hospitalisée avait effectué un recours et la Cour avait annulé en première instance la décision d'HDT du 11 avril 1999. La Cour administrative d'appel de Nantes avait confirmé en appel la décision initiale. Le pourvoi du CHS de Caen, en vue d'annuler l'arrêt du 7 février 2002 de la Cour administrative de Nantes débouche sur un jugement en faveur de la personne hospitalisée sur demande d'un tiers ; le Conseil d'Etat conclue ainsi :

"Considérant qu'il résulte des dispositions législatives précitées (Loi 90 CSP) que la décision d'hospitalisation sans consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être prise sur demande d'un tiers que si celui-ci, à défaut de pouvoir faire l'état d'un lien de parenté avec le malade, est en mesure

¹²⁶² Lors des débats à l'Assemblée Nationale, l'amendement n°133 est justifié par le fait que, en l'absence de famille, c'est souvent l'assistante sociale de secteur qui fait la demande. En fait, cet amendement est retiré car l'amendement n°14 adopté remplace les termes "personnels appelés à lui donner des soins" par "soignants" (*Débats parlementaires, op. cit.*, pp. 1345-1346).

¹²⁶³ L'amendement socialiste n°15 est adopté (*Débats parlementaires, op. cit.*, p. 1346).

¹²⁶⁴ Article L. 333 de la loi du 27 juin 1990, JO n°150 du 30 juin 1990.

¹²⁶⁵ Un maire peut également signer la demande à titre personnel (Directives ministérielles pour l'application de la loi du 27 juin 1990, fiche 1, *op. cit.*, p. 559).

¹²⁶⁶ Monsieur Chastanet, membre du Bureau de la Santé mentale de la Direction Générale de la santé nous a relaté plusieurs cas : le Conseil d'Etat a déjà annulé une HDT au motif qu'une Assistante sociale avait agi sur ordre du médecin. Une assistante sociale a été obligée de signer à titre personnelle, une demande d'HDT "au risque d'être mal notée".

de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci" ¹²⁶⁷ .

Cette jurisprudence n'est pas de nature à simplifier la question de l'introuvable tiers.

En outre, le problème ne se pose pas qu'en terme d'impossibilité pratique à trouver le tiers demandeur. Les praticiens du secteur s'accordent à en effet à penser que la spécificité du soin psychiatrique complique l'application de la loi de 1990 :

"On fait des entorses à la loi pour les HO et les HDT d'urgence parce que la loi ne simplifie pas la question du tiers. Si l'environnement est pathogène, ce n'est pas une bonne solution que de choisir un tiers interne à cet environnement" ¹²⁶⁸

2. Des difficultés d'application multiples

L'Assemblée Générale du Syndicat National des Psychiatres des Hôpitaux ¹²⁶⁹ les 12 et 13 octobre 1990 à Montpellier est l'occasion de manifester le mécontentement d'une partie de la profession quant aux difficultés d'application de la loi. L'une des motions adoptées nous interpelle particulièrement : la motion 6, qui a fait l'unanimité, a pour objet d'informer les Ministres de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice concernés par la loi du 27 juin 1990 des très nombreuses difficultés d'application rencontrées dans la pratique par les Psychiatres des hôpitaux, les malades et leur famille. Considérant que "cette loi a été imposée sans aucune concertation préalable" ¹²⁷⁰, le Syndicat exige qu'une commission de travail interdisciplinaire soit constituée afin d'étudier à la lumière des difficultés d'application de la loi les aménagements à définir en attendant sa révision.

Les praticiens de secteur avec lesquels nous nous sommes entretenue identifient plusieurs types d'impossibilité à se conformer à la légalité. Le nombre de psychiatres présents dans les services constitue l'un des obstacles à une application respectueuse des termes de la loi :

«La loi de 1990 a alourdi les procédures [...] Il y a trois psychiatres dans la journée Avec le second certificat, Il faut parfois trouver quatre psychiatres dans la même journée" ¹²⁷¹ , "Le certificat du dimanche matin, ça n'a rien apporté du tout, pour les 24 h des HO sinon ça fait 48h le lundi. Parfois, les situations sont carrément illégales. C'était plus politique cette loi". ¹²⁷² ,

"Et pendant le pont de l'ascension, les services de la DDASS sont fermés ; alors comment

¹²⁶⁷ Conseil d'Etat statuant en contentieux, arrêt du 3 décembre 2003, p. 2.

¹²⁶⁸ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹²⁶⁹ Syndicat rassemblant en 1986 plus de 1000 praticiens hospitaliers et psychiatres de service public. Note pour le Ministre délégué chargé de la santé et de la famille par la directeur de la DGS, JF Girard, 23 mai 1986, p. 1.

¹²⁷⁰ Docteur Faraggi, Secrétaire général du Syndicat National des Psychiatres des Hôpitaux, au Directeur Général de la Santé, 22 octobre 1990 (Documents DGS).

¹²⁷¹ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹²⁷² Entretien avec le Docteur Armoise.

on fait valider les certificats ? Du coup, on est obligé d'antidater. Et c'est pareil quand il n'y a pas de permanence ce jour-là".¹²⁷³

D'autres difficultés ponctuelles sont rappelées, qui relèvent moins de la législation que d'un problème d'articulation entre les missions soignantes et la fonction répressive de la police en cas d'urgence :

"Pour un patient chez lui par exemple : il veut se suicider. La police ne vient pas, les pompiers non plus s'il n'y a pas d'acte. Il y a peut-être un truc à articuler. Alors on se débrouille, on appelle la famille, on l'accompagne pour discuter avec le patient. Moi, je ne suis pas là pour protéger la société. Il y a un manque d'articulation»".¹²⁷⁴

Plus généralement, le formalisme de la loi est critiqué car, au nom de la prévention des internements abusifs, il sacrifierait un objectif de protection sanitaire

"Deux mouvements pressent le psychiatre : se protéger de l'internement abusif et aller vite chercher la personne quand elle ne va pas et c'est parfois compliqué avec les deux certificats".¹²⁷⁵

Une autre dérive rappelle la pratique déjà ancienne de l'usage de l'hospitalisation sous contrainte pour pallier un défaut de prise en charge. Michel Henne, en 1960, dans son exposé sur les placements d'office dans le cadre d'une question de médicament, indiquait déjà que ce mode de placement pouvait être préféré à un placement volontaire "chaque fois qu'il s'agissait d'un malade impécunieux"¹²⁷⁶. En 2003, un jeune psychiatre attribue la proportion très élevée d'hospitalisés sous contrainte dans son service de l'hôpital du Vinatier (quatre personnes sur vingt sont en hospitalisation libre) à la même raison :

"Beaucoup de personnes sont obligées de solliciter la loi pour avoir des soins, parce que ça définit leur prise en charge".¹²⁷⁷

Le modèle "contractuel" de la relation médicale, tel qu'il est proposé dans un ensemble de discours politiques, de textes législatifs, réglementaires et interprétatifs, peut être qualifié de la manière suivante : fondé sur un humanisme, il nécessite un encadrement tendant à garantir l'égalité des individus, et spécialement entre le malade et son médecin. La première de ces garanties consiste dans l'obligation d'information au psychiatre. Cette dernière suscite des dérives concrètes allant parfois à l'encontre des objectifs visés dans la loi du 4 mars 2002 ; la transformation du contenu du dossier médical en atteste. Dans le même temps, la pratique témoigne d'une volonté psychiatrique d'adapter les injonctions de la loi à la spécificité du trouble mental, par la

¹²⁷³ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹²⁷⁴ Entretien avec le Docteur Lavande.

¹²⁷⁵ Entretien avec le Docteur Armoise.

¹²⁷⁶ Michel Henne, "L'entrée en placement d'office des malades mentaux dans les établissements psychiatriques", *L'information psychiatrique*, mai 1960, n°5, p. 697.

¹²⁷⁷ Entretien avec le Docteur Laurier.

transformation même de la constitution du dossier médical.

La seconde garantie définie dans les textes correspond à la définition des conditions d'un soin décidé en dépit du consentement du patient. Le critère retenu en matière psychiatrique justifiant un droit d'exception est celui du danger que la personne souffrante fait courir à l'ordre social. La validité d'un tel critère est rejetée par les psychiatres de secteur depuis longtemps en raison de la confusion qu'il opère entre la nécessité des soins et la nécessité de la séquestration. En accordant un pouvoir accru aux médecins dans la décision d'hospitalisation contrainte, la loi du 27 juin 1990 les oblige à s'impliquer dans une procédure faisant du trouble à l'ordre public la condition déterminante de l'hospitalisation d'office. Plus généralement, les nouvelles règles en matière d'hospitalisation sans consentement produisent une ambiguïté concernant la fonction de tiers à laquelle les psychiatres tiennent pour des raisons thérapeutiques.

En outre, le caractère formel du nouveau droit rend son application indéterminée. Les contraintes objectives à son fonctionnement ont donc retenu notre attention. Nous avons ainsi pu isoler deux types de limites à l'efficacité du droit. Le premier concerne la commission instituée par la législation de 1990 pour contrôler a posteriori les procédures d'hospitalisation contrainte. Il s'agissait ici de constater en quoi la mission initiale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques a dépassé celle que la loi lui attribuait, et d'identifier les raisons de l'inefficacité ou de la disparité du contrôle des internements abusifs. Enfin, l'examen de la pratique du droit a mis en valeur des effets pervers issus de la difficulté pour les psychiatres de secteur à respecter la lettre du texte.

Après avoir abordé ce que les pouvoirs publics commandent à la psychiatrie publique, nous devons interroger ce qu'ils lui proposent, à travers un droit plus incitatif qu'impératif, bâti autour de la notion de réseau.

Chapitre II - L'institution au cœur d'un réseau contractuel

Le comité de rédaction de la revue *Rhizome* constatait récemment un décentrement dans le paysage psychiatrique opposant "une logique d'institution de la prise en charge, donc de programme, de savoirs constitués, de verticalité disciplinaire, de normativité, à une logique de dispositifs du prendre soin, donc de projet pluri-professionnel, de situations locales, d'horizontalité, de réseau, de savoirs bricolés et pourtant réflexifs"¹²⁷⁸.

Notre premier chapitre interrogeait le modèle contractuel de la relation médicale. Ici, c'est la relation de l'institution psychiatrique aux autres institutions qui est l'objet de notre analyse : les représentations et les pratiques autour de la notion de réseau seront donc au cœur de notre travail.

Dans un dossier récent intitulé "santé mentale et société" édité par la Documentation Française, on pouvait lire dans le glossaire :

¹²⁷⁸ "La psychiatrie publique en chantiers", Comité de rédaction de la revue *Rhizome*, décembre 2002, p. 13.

"Réseau : collaboration, sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé appartenant à des disciplines différentes (médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...). Ces derniers se concentrent sur la prise en charge de patients souffrant d'une pathologie ou victimes d'un problème médico-social spécifiques, ou se coordonnent pour une prise en charge globale (toutes pathologies confondues) de leurs patients, axée sur la prévention. Ils s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer leur qualité, avec des protocoles définis en commun, tout en mesurant les coûts engendrés" ¹²⁷⁹ .

Nous ne choisirons pas de retenir cette définition comme un donné mais de supposer d'emblée que le terme de réseau est problématique tout comme peut l'être la notion de santé mentale. Son usage est l'objet de controverses et les pratiques qui sont désignées par ce terme apparaissent a priori multiples. D'après Luc Boltanski et Eve Chiapello ¹²⁸⁰ , la récupération du terme de réseau s'est opérée à la faveur d'une conjonction historique particulière, marquée notamment par la recherche en sciences sociales de concepts pour identifier des structures faiblement voire pas du tout hiérarchiques, souples et non limitées par des frontières tracées a priori. Dans l'acception proposée par les textes législatifs ou réglementaires incitant au "travail de réseau", la généralité de la forme rhizomatique est déclinée au moyen d'expressions faisant référence à l'autonomie de chacun des acteurs du réseau inter-agissant dans un contexte déhiérarchisé, aux possibilités d'adaptation du réseau à l'existant sous sa forme institutionnelle ou associative, à la liberté laissée aux acteurs dans le choix d'une forme juridique appropriée à la demande locale.

Autrement dit, le réseau est présenté comme la forme la plus adaptée à une "démocratie sanitaire" qui impliquerait de manière égalitaire tous les acteurs d'un champ de la "santé mentale", champ redéfini de façon à briser l'ancien cadre de référence constitué par le secteur psychiatrique. Autrement dit, dans sa présentation politique et juridique, le réseau est aux institutions ce que le contrat médical est aux patient et médecin.

Une telle présentation suscite plusieurs questions. Tout d'abord, il nous faudra sociologiser les points de vue c'est-à-dire définir acceptions données au terme de réseau en fonction du statut du discours qui y a recours. Ensuite, puisque les représentations ne naissent pas ex-nihilo, il s'avérera utile d'étudier en pratique ce qui est désigné comme du "réseau". L'étude du réseau en mots et en actes nous permettra de saisir le rapport entre le secteur psychiatrique et le réseau dit de "santé mentale".

I. Le réseau en mots

Le terme de réseau est d'emblée problématique. Nous allons donc séparer plusieurs définitions : celle, officielle, qui se dégage des rapports officiels et des textes juridiques, de la loi à la circulaire, et celle, praticienne, que les soignants du secteur psychiatrique

¹²⁷⁹ "Santé mentale et société", dossier réalisé par Anne M. Lovell, *Problèmes Politiques et sociaux, La Documentation Française*, avril 2004, n°899, p. 116.

¹²⁸⁰ Luc Boltanski et Eve Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, Essais, 1999, p. 156.

proposent. La seconde définition exigera de découper une seconde fois les représentations des psychiatres selon qu'ils parlent au nom de la profession avec un titre ou une reconnaissance qui les y autorisent, ou qu'ils livrent lors d'entretiens privés une parole sur leur propre pratique.

En somme, l'objectif de notre développement est d'identifier des niveaux de discours dépendant d'une part de l'appartenance des acteurs à un champ d'action (politique/médical) et d'autre part de leur position à l'intérieur de ce champ (ordinaire/représentant d'un segment professionnel)¹²⁸¹. Une telle catégorisation doit nous permettre d'affiner l'examen de l'usage du terme de "réseau" dans son rapport avec une conception du secteur. Une telle démarche doit nous permettre d'éviter un double écueil : proposer une définition a priori du réseau, réduire le vécu ordinaire aux discours d'union de la profession.

A - Une définition politique, le réseau contre le secteur

D'après Sandra Philippe, "l'acteur politique est la source de l'initiative du problème santé mentale"¹²⁸² dans la mesure où, d'une part, plusieurs rapports des groupes de travail ministériels mentionnent dans les années 1990 des travaux sociologiques comme ceux d'Alain Ehrenberg¹²⁸³ et d'autre part, la notion de santé mentale, intégrée au droit, correspond à la sollicitation de certains acteurs dans la résolution d'un problème dit de santé publique. De notre point de vue, il semble que la notion de santé mentale soit moins l'indice d'une nouvelle politique que le terme de "réseau". De plus, il existe une définition officielle du terme de réseau, ce qui n'est pas le cas pour celui de "santé mentale". La définition de la santé que donne l'Organisation Mondiale de la Santé est si "béante" que nous nous refusons à interroger le monde psychiatrique à partir de cette notion¹²⁸⁴.

Nous préférons donc partir de la définition juridico-politique donnée au terme de réseau afin d'en retracer l'histoire officielle. Deux matériaux nous ont permis de reconstruire une telle histoire : les rapports officiels établis en général par des psychiatres à la demande du Ministère de la Santé, les textes juridiques et réglementaires.

A-1- LE RÉSEAU EN RAPPORTS

¹²⁸¹ Ou assimilé.

¹²⁸² Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, op. cit., p. 91.

¹²⁸³ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, op. cit.

¹²⁸⁴ La Déclaration de Jakarta sur "la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle", de juillet 1997 énonce ainsi que : "Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des Droits de l'homme et l'équité. Par dessus tout, la pauvreté reste la plus grave menace pour la santé...", in "Santé mentale et Société", *Problèmes politiques et sociaux*, op. cit., p. 112.

Le terme de réseau est déjà présent dans la résolution n°1 adoptée à l'unanimité par la commission psychiatrique de l'Union des Médecins Français réunie les 27 et 28 janvier 1947 : on y parle de protection de la "santé mentale" et d'un nécessaire "réseau de dispensaires".¹²⁸⁵ Ici, le réseau fonctionnel qui est préconisé s'identifie totalement au secteur tel que nous l'avons décrit. Cinquante ans plus tard, ce qui devient inédit, ce n'est pas l'emploi du mot mais le sens qui lui est attribué. Petit à petit dans les rapports commandés par les pouvoirs publics, un décentrement s'opère : le terme de réseau ne désigne plus le secteur mais une pratique qui affirme s'y opposer. Nous allons nous efforcer de suivre le contenu de ce qui est d'abord désigné comme "partenariat" puis comme "réseau".

1. Du réseau comme partenariat au secteur "inadapté"

Les rapports officiels successifs permettent de suivre l'évolution du discours des psychiatres requis par les pouvoirs publics pour dresser les bilans et faire des propositions.

Du Rapport Demay (1982) déjà évoqué, le Rapport Zambrowski (1986) reprend les propositions visant à l'amélioration du statut et des conditions d'hospitalisation du malade mental mais il insiste bien plus sur la nécessité de développer les modes de coopération avec la psychiatrie privée, la psychiatrie à l'hôpital général, et de promouvoir des programmes prioritaires (thèmes particuliers et populations à risques). S'y ajoutent des considérations sur la mise en place d'outils de planification et d'évaluation en santé mentale, l'amélioration de la formation en psychiatrie des généralistes et la polyvalence des personnels paramédicaux.

Le Rapport Zambrowski constitue une bonne synthèse des moyens jugés appropriés par les psychiatres pour développer le secteur désormais légalisé. Constatant une capacité hospitalière largement surdimensionnée, le Rapport Zambrowski propose de développer des prestations et des équipements alternatifs à l'hospitalisation, gagés sur la diminution des lits de Centres Hospitaliers Spécialisés, par des services extra-hospitaliers avec ou sans hébergement et par la multiplication dans la communauté de prestations psychiatriques (hôpital général, maison de retraite, prisons...)¹²⁸⁶. Il s'agit également de favoriser la participation de la psychiatrie libérale à la lutte publique contre les maladies mentales¹²⁸⁷. Le Rapport Zambrowski intègre en outre comme composante naturelle de la politique de secteur la constitution pour les patients "de réseaux nécessaires à l'accès aux soins et au traitement précoce, et au maintien ou retour en leur milieu"¹²⁸⁸.

Le Rapport Massé¹²⁸⁹ de 1992 préconise de "penser le système de soins

¹²⁸⁵ Compte-rendu des Journées Psychiatriques Nationales de 1947, *L'information psychiatrique*, mars 1947, n°6, p. 148.

¹²⁸⁶ Rapport Zambrowski, *op. cit.*, p. 44.

¹²⁸⁷ *Ibid*, p. 40.

¹²⁸⁹ Gérard Massé, "La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale", Rapport au Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire, Ecole Nationale de Santé Publique, 1992. Gérard Massé est conseiller du gouvernement socialiste.

psychiatriques en termes de monde et de flux de patients et non pas en terme d'institutions"¹²⁹⁰ de façon à ce que :

- les structures repliées témoignant de la persistance de l'asile deviennent semi-ouvertes sous l'influence du secteur,
- les structures semi-ouvertes trop centrées sur le recrutement traditionnel d'une population s'adressant directement et habituellement à elle, se transforment en structures ouvertes collaborant avec l'hôpital général (pour les demandes jusqu'alors non prises en compte) répondant aux besoins psychologiques lors d'urgences médico-sociales, somatiques ou à partir des circuits sociaux.

Dans ce Rapport, le secteur est identifié aux institutions de secteur et non aux patients potentiels de l'aire géo-démographique desservie par ces institutions. Le Rapport de Pierre Joly de juillet 1997 intitulé "Prévention et soins des maladies mentales" et présenté au nom du Conseil Economique et Social, reproduira cette identification.

Le Rapport Joly¹²⁹¹ dénonce l'inadaptation du secteur psychiatrique aux objectifs de la politique de santé mentale. Pour le Conseil Economique et Social, "la notion de continuité des actions de prévention et de soins dans une aire géographique donnée - qui est la base du secteur - apparaît toujours d'actualité" mais il s'agit à présent "d'ouvrir la psychiatrie institutionnelle à d'autres horizons" si on ne veut pas prendre le risque de voir "le grand renfermement" qui concernait hier les malades, "concerner demain la psychiatrie elle-même". Le Rapport préconise l'ouverture du secteur aux "troubles psychiques" et non plus seulement aux maladies mentales, par "la constitution du réseau avec les autres acteurs sanitaires et sociaux", par une révision de la carte de sectorisation, et le redéploiement de moyens au sein des hôpitaux généraux. En outre, le Rapport Joly recommande la création des conseils de secteur prévus par la circulaire du 14 mars 1990 comme un moyen d'animer un réseau d'acteurs variés ("médecins généralistes, spécialistes libéraux, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, travailleurs sociaux, élus locaux, associations, familles, école...") ou d'impulser le développement de structures alternatives et la liaison avec le sanitaire non spécialisé. Enfin, prône l'augmentation du nombre de postes ouverts dans les structures de travail protégé", d'ouvrir le fonds d'insertion pour les handicapés aux malades mentaux et personnes souffrant de troubles psychiques ou de faire participer le secteur aux réunions des commissions locales d'insertion.

¹²⁸⁸ D'après le Rapport Zambrowski, il s'agit là d'activités concourant à établir des contacts, des réunions, une sensibilisation, une information avec les champs sanitaire, social, éducatif, judiciaire, et de police, auxquelles peuvent s'ajouter des actions plus ponctuelles sur la période prénatale ou les personnes âgées, et des actions de "formation" "d'écoute" et "de conseil" à des bénévoles ou professionnels de première ligne (Rapport Zambrowski, *op. cit.*, p. 60).

¹²⁹⁰ Gérard Massé, "Propositions pour une évolution des institutions psychiatriques en France", in *La psychiatrie éclatée*, Centre Aquitain de Recherche sur les problèmes de santé, juin 1994, n°10, p. 60.

¹²⁹¹ Pierre Joly, "Prévention et soins des maladies mentales - Bilan et perspectives", Conseil Economique et Social, Journal Officiel n° 14 du 24 juillet 1997, extraits dans la Revue *Pluriels*, octobre 1997, n°11, p. 1. pp. 1-130.

Le 14 novembre 2001, un plan global d'actions répondant aux besoins sanitaires et sociaux des personnes souffrant de troubles mentaux est présenté par Bernard Kouchner¹²⁹² en Conseil des Ministres, plan visant à passer "d'un modèle reposant sur les structures à un modèle axé sur la personne"¹²⁹³. Les termes employés indiquent bien l'infléchissement de la politique de santé : il s'agit de prendre en charge "des troubles mentaux ou du comportement et des problèmes psycho-sociaux"¹²⁹⁴.

2. Le secteur, "une conception cadastrale et douanière"

Le Rapport des Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt de 2001 constate la prépondérance de la sectorisation psychiatrique dans le dispositif public lui-même encore prépondérant, l'augmentation des demandes adressées à la psychiatrie, les disparités départementales dans l'offre de soins en personnel (psychiatres et infirmiers)¹²⁹⁵ et en services, et la demande croissante de participation des usagers. Il propose en conséquence de mettre en cohérence les différents niveaux de planification (médecine et médico-social)¹²⁹⁶ : il s'agit pour les auteurs du rapport de rapprocher les cartes sanitaire, psychiatrique, sociale, judiciaire et scolaire, au niveau national, dans le sens d'une identité des découpages, pour une planification possible afin de "lutter contre la conception cadastrale et douanière de la politique de secteur"¹²⁹⁷.

Mener la politique de sectorisation à son terme ou "passer de la psychiatrie à la santé mentale" pour les Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, c'est soutenir une double exigence : conserver la spécificité des soins psychiatriques, despécifier le milieu d'exercice de la psychiatrie. Pour ce faire, le Rapport Piel et Roelandt invente un dispositif qui, d'après ses auteurs, préserve les principes fondamentaux de proximité et de

¹²⁹² Il reprend les principaux axes de réflexions développés par les Docteurs Piel et Roelandt mais abandonne l'idée d'en finir avec l'hôpital psychiatrique," Entretien avec Frédéric Rouillon", ayant participé à l'élaboration du plan de santé mentale, *Le Monde*, 15 novembre 2001, p. 12.

¹²⁹³ Entretien avec Frédéric Rouillon, ayant participé à l'élaboration du plan de santé mentale, *Le Monde*, 15 novembre 2001, p. 12.

¹²⁹⁴ *Ibid*, p. 12.

¹²⁹⁵ Les dotations en capacités d'accueil et densité de psychiatres ne coïncident pas.

¹²⁹⁶ Cela doit passer par le développement de Schémas régionaux d'organisation sanitaire unifiés comprenant un volet santé mentale obligatoire, la mise en cohérence de différents niveaux de planification au niveau régional, l'articulation et la mise en cohérence de l'offre psychiatrique et médico-sociale, l'élaboration d'urgence des outils de planification et d'évaluation de l'offre suffisamment fins et opérationnels pour que chaque secteur et regroupement de secteurs disposent de moyens adaptés aux besoins des populations desservies et puisse garantir un accès équitable aux soins. Les auteurs du rapport préconisent une coordination avec le niveau départemental "actuellement le niveau de coordination et de planification effectif du champ sanitaire et du champ social", pour répondre à l'absence d'harmonisation avec la planification médico-sociale sous la forme de plan-cadre pour les partenariats envisagés.

¹²⁹⁷ psydoc-fr.broca.inserm.fr/professi/Rapports/Piel_Roelandt

continuité des soins propres au secteur, par la notion d'implantation, dans une zone géographique accessible, d'une équipe pluri-professionnelle fonctionnant en réseaux sanitaires et sociaux. Ce dispositif consisterait à créer, par bassin de santé ou territoire pertinent, un service territorial de psychiatrie (STP)¹²⁹⁸ articulé à un réseau territorial de santé mentale (RTSM). En plus de l'offre de soin au niveau de chaque secteur¹²⁹⁹, chaque "bassin de santé" disposerait d'un centre d'accueil intersectoriel (CAI)¹³⁰⁰, d'une équipe de psychiatrie de liaison à l'hôpital général, de soins aux détenus, de dispositifs de soins aux populations en grande précarité, aux patients atteints par le VIH¹³⁰¹. Le Réseau Territorial de Santé Mentale¹³⁰² est imaginé comme couvrant le même bassin de santé ou territoire pertinent que le service territorial de psychiatrie et son organisation doit permettre l'identification des acteurs, des organisations, des administrations et des budgets propres à chaque champ¹³⁰³, et se concrétiser par la création d'un Groupement d'Intérêt Public¹³⁰⁴

¹²⁹⁸ Le Service Territorial de psychiatrie a pour mission d'assurer, en lien avec les autres acteurs sanitaires, les soins psychiatriques pour les personnes souffrant de troubles mentaux sur le territoire. Il est composé du regroupement des secteurs de psychiatrie générale et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. C'est un établissement public de santé mentale communal ou intercommunal, présidé par un maire et avec conseil d'administration, commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement, etc... Le STP doit rédiger, tous les 5 ans, leur projet d'établissement. Il est co-dirigé par un directeur administratif, un directeur médical et un directeur para-médical. Son territoire est le bassin de santé ou le territoire pertinent et la gestion financière des STP doit être autonome et non fongible dans les budgets sanitaires généraux.

¹²⁹⁹ Tout secteur devrait comprendre les éléments suivants, susceptibles de contrer la discontinuité des soins : une équipe 24/24h de soins à domicile, des Centres Médico-Psychologiques ouverts de 8h à 20h et lesamedimatin, des structures de soin et d'insertion intégrés dans les lieux municipaux ou associatifs, des familles d'accueil, des appartements associatifs et thérapeutiques, et un centre d'hospitalisation de 10 à 25 lits, implantés dans la zone géographique du secteur.

¹³⁰⁰ Aux personnes présentant une demande urgente au service des urgences de l'hôpital général, il s'agit d'apporter des réponses véritablement professionnelles. Dans les zones urbanisées le Centre d'Accueil Intersectoriel (CAI) situé à proximité du service des urgences, dont l'organisation et la coordination se font au niveau d'un territoire déterminé pourrait être l'outil adapté. Le CAI devrait donc répondre à nombre de personnes passant par le service des urgences de l'hôpital (y compris les obligations de soin dans le cadre des "72h", et aux demandes hors urgence, en soirée et la nuit, qui s'adressent à lui. La permanence téléphonique, outil indispensable aux utilisateurs du système de soin en santé mentale, devrait y être assurée. Le lien est obligatoirement fait avec l'équipe mobile 24/24h pour mettre en place le projet de soins dans la communauté, de même avec la famille et l'entourage, ainsi qu'avec les médecin(s) traitant(s) (généraliste et/ou psychiatre). Ce centre est le lieu de la contractualisation des soins communautaires. Les durées de séjour doivent être courtes, pour ne pas créer un système de soins à deux vitesses. Les professionnels de ces centres devraient pouvoir participer, après les formations indispensables, aux cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP), qui doivent être liées aux équipes des SAMU après la redéfinition en cours de leurs missions, objectifs, circonstances d'intervention et des moyens mis leur à disposition.

¹³⁰¹ cf. la création de Comités Sida au sein des établissements psychiatriques et la mise en place d'équipes mobiles pluri-professionnelles "Psy-VIH", émanant des secteurs, véritables modèles de ce qu'une psychiatrie de liaison serait en Droit de proposer face à l'ensemble des pathologies qui associent de graves difficultés somatiques, psychiatriques et sociales.

¹³⁰² Le RTSM sera composé (en tenant compte des acteurs présents) d'acteurs sanitaires, d'acteurs sociaux, d'acteurs, d'acteurs médico-sociaux, d'acteurs culturels et de représentants des citoyens (municipalités du territoire, associations d'usagers, représentants des familles, etc).

gérant le Réseau Territorial de Santé Mentale proprement dit (RTSM)¹³⁰⁵.

A-2- LE RÉSEAU EN TEXTES

L'Etat propose le "partenariat de réseau", comme solution aux inégalités du secteur et à ce qui est désigné comme de nouvelles pathologies. Jusqu'à une période récente, les modalités de création des réseaux de santé étaient rédhibitoires. Mais depuis quelques années, les nouveaux textes juridiques vont dans le sens d'une incitation forte à la création des réseaux.

Deux étapes nous permettront de qualifier l'évolution de l'incitation aux réseaux : la première consistera à présenter l'élargissement des réseaux de santé aux réseaux de proximité ; la seconde visera à déterminer les objectifs politiques du modèle réticulaire.

1. Des réseaux de soins aux réseaux de proximité

Cette incitation par les pouvoirs publics s'officialise au début des années 1990 avec deux textes : la circulaire du 4 juin 1991 concerne la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes du sida¹³⁰⁶ et la loi du 31 juillet 1991¹³⁰⁷ portant réforme hospitalière invitant les établissements de santé à "participer en collaboration avec les médecins traitants et les services sociaux et médico-sociaux à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade et à des actions de coopération avec des personnes de droit public et privé avec lesquelles peuvent figurer des conventions d'intérêt public ou des groupements d'intérêts économiques".

Le terme de "réseau de soins" apparaît dans les Codes de la Sécurité sociale et de la

¹³⁰³ psychiatrie (public, "libéral", associatif), somatique (public, à but lucratif, associatif), social (municipal, associatif, privé), médico-social (associatif, privé à but lucratif, municipal...).

¹³⁰⁴ coordonné et animé par un directeur élu par ses membres, et géré par un Conseil d'Administration (ou une Assemblée Générale) - qui pourrait s'intituler Conseil Territorial de Santé Mentale (CTSM) - présidé par un élu, et comprenant des représentants de chaque champ concerné par la santé mentale (cf. ci-dessus) ainsi que des représentants des usagers, des associations de familles.

¹³⁰⁵ Le RTSM sera financé par l'Agence Régionale de l'hospitalisation, le Conseil général, les Caisses d'assurance maladie, les municipalités et toutes les structures et associations adhérentes et pourra utiliser des fonds spécifiques pour des actions ciblées. Le RTSM élaborera un Projet Territorial de Santé mentale (PTSM), pour une durée de 5 ans, qui inclura la déclinaison des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales en santé mentale, définies aux niveaux national, régional et départemental. Le RTSM gèrera les liens entre le service territorial de psychiatrie et les services partenaires (mise à disposition de personnels et de locaux) et organisera un certains nombre d'actions.

¹³⁰⁶ Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

¹³⁰⁷ La loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991 renforce le contenu de la carte sanitaire, développe les alternatives à l'hospitalisation et crée le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Cf. annexe.

Santé publique en 1996 (article L. 712 -3-2)¹³⁰⁸. Le rapport au Président de la République présenté à l'appui de l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée en donne la définition suivante :

"Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils veulent associer les médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale".

Il précise en outre que :

"Un lien fort doit être préservé et développé entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux et plus généralement encore, l'ensemble des dispositifs sociaux".

L'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 parfait cet objectif :

"En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population... les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins... ou à certaines pathologies, les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale...».

L'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée encourage donc la constitution de réseaux non seulement entre établissements hospitaliers, mais avec des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux.

La circulaire du 25 novembre 1999¹³⁰⁹ élargit la notion aux "réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux"¹³¹⁰ ; elle prévoit notamment un cahier des charges pour la constitution d'un réseau pouvant prétendre à un financement de l'Etat. La circulaire de 1999 assigne aux réseaux l'objectif suivant :

"Mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Les réseaux visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des

¹³⁰⁸ D'autres articles du Code de la Santé Publique, issus de la même ordonnance, se réfèrent au réseau : l'article L.710-5 (les réseaux de soins sont soumis à la procédure d'accréditation), les articles L. 710-16-1 et L.710-16-2 (les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé favorisent la participation de ces établissements aux réseaux de soins), et les articles L.714-4 et L.714-16 (le conseil d'administration de l'hôpital et la commission médicale d'établissement délibèrent de la constitution d'un réseau de soins).

¹³¹⁰ La grande majorité des réseaux directement visés par la circulaire de 1999 étaient destinés à l'origine à la prise en compte thérapeutique d'une pathologie complexe ou d'une population complexe. Ils passent spontanément depuis une dizaine d'années de réseaux de soins monopathologiques à des réseaux de santé de proximité. Le statut juridique de tels réseaux de proximité, quand il existe, est souvent celui d'une association type loi 1901, qui s'organise autour de la relation soignants-soignés centrée sur le patient.

organismes à vocation sanitaire ou sociale" ¹³¹¹ .

D'après l'annexe I de la circulaire, le réseau créé avec un objectif défini de prise en charge thérapeutique peut, dès lors qu'il a satisfait à cet objectif, s'orienter vers une mission de prévention :

"Les préoccupations centrées sur l'individu s'élargissent à l'ensemble des sujets présentant les mêmes risques dans la communauté, et ce sont de véritables actions de santé publique que le réseau peut proposer à ses interlocuteurs locaux" ¹³¹² .

Il nous semble utile de nous pencher sur l'annexe I de la circulaire de 1999 qui détaille les conditions obligatoires de tout "projet de réseau" remis aux inspecteurs de la DDASS pour agrément. Rappelant que l'objectif de tout projet de réseau est de "concourir à une prise en charge globale des personnes", et notamment d'"articuler les prises en charges médicales, sociales, voire psychologiques"¹³¹³, la circulaire de 1999 énonce les éléments devant être expliqués par les créateurs d'un réseau : "- la (les) pathologie(s) destinées à être prises en charge, les patients que le réseau veut aider¹³¹⁴, les acteurs à motiver".

Dans chacun de ces domaines, la circulaire assigne aux créateurs d'un réseau plusieurs obligations. Tout d'abord, le réseau doit établir des règles scientifiquement

¹³⁰⁹ La circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux figure en annexe: nous ne reporterons donc pas les pages de références. Cette circulaire prend notamment appui sur un certain nombre de textes légaux et réglementaires, qui ont pour objet soit une pathologie particulière, soit une population spécifique : l'Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (en annexe) ; le décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le Code de la Santé Publique, la circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH ; la circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie, la circulaire DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1er décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité, la circulaire DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C, la circulaire DGS n° 707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool, la circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité la circulaire DGS/DAS/DIRMI n° 97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté etc.

¹³¹¹ **Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux, BO, janvier 2000.**

¹³¹² **Annexe I, Circulaire du DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999.**

¹³¹³ Le projet doit situer dans le temps l'idée de construction d'un réseau, en précisant les professionnels qui ont initié la démarche, l'objectif poursuivi à l'origine, la méthode mise en oeuvre pour créer le réseau (bouche à oreille, formation, conférences, négociation...), les objectifs actuels du réseau, les indicateurs de résultats pour les réseaux existants.

¹³¹⁴ Un seul thème fédérateur doit pouvoir trouver plusieurs applications possibles et le territoire géographique désigné doit être fonction des moyens que le réseau s'est donnés pour communiquer.

fondées (règles de bonne pratique clinique, conférences de consensus proposées par les sociétés savantes nationales et internationales ou l'ANAES) de diagnostic, de bilan initial, et de stratégies thérapeutiques (médicamenteuses ou non), ainsi que les protocoles de prise en charge et d'accompagnement social. Deuxièmement, le projet de réseau doit prévoir une information aux patients (clients, usagers, citoyens) sur la structure en réseau qui leur est proposée¹³¹⁵ ainsi qu'une participation à la vie du réseau¹³¹⁶. Troisièmement, la coordination et la formation des professionnels mobilisés¹³¹⁷ doivent être prévues ; le principe de pluri-professionnalité est obligatoire avec au moins trois professions (médicale, para-médicale, sociale). Quatrièmement, un statut juridique doit être indiqué ; un "engagement de qualité garanti par la signature d'une charte précisant les droits et devoirs des adhérents vis-à-vis des usagers et de leurs partenaires" est vivement encouragé. Enfin, deux conditions sont affichées quant au financement : il doit être pluriel et l'évaluation périodique du dispositif est condition du financement de l'Etat¹³¹⁸.

Plus récemment, la circulaire du 2 août 2001¹³¹⁹ relative aux actions de santé conduites dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins¹³²⁰ dans le champ de la santé mentale assigne aux réseaux de santé la mission de répondre à ce qui est désigné comme "la souffrance psychique en rapport avec la précarité sociale", jugée distincte de la maladie mentale. Cette circulaire oppose explicitement les réseaux de santé et la sectorisation en psychiatrie dont l'efficacité est jugée limitée en matière de prévention et de prise en charge dans l'urgence de personnes en situation d'exclusion¹³²¹.

¹³¹⁵ "Les règles énoncées dans le code de déontologie médicale ainsi que celles qui résultent de la loi sur l'informatique et les libertés doivent être respectées et mises à jour régulièrement. Des informations écrites contribuant à l'éducation du patient doivent être diffusées par le réseau, en sus d'une information orale adaptée, notamment aux populations dont la culture relève plus de la parole et de l'échange personnalisé que de l'écriture".

¹³¹⁶ Les usagers doivent être au centre des préoccupations du réseau, sous des formes évolutives avec le temps en tant que patients au début, en tant qu'usagers sujets de Droit ensuite, en tant que partenaires enfin dans la détermination des besoins à combler et des stratégies pour y parvenir, leur type, leur nombre et leurs besoins, leur accès à l'information, l'évaluation de leur satisfaction, et leur mode d'organisation et de représentation.

¹³¹⁷ La coordination intéresse aussi bien les divers services concernés d'un ou plusieurs établissements hospitaliers que les professionnels médicaux, para-médicaux, sociaux ou autres qui sont extérieurs à des établissements.

¹³¹⁸ A défaut, l'intégration à une structure de santé publique peut aider à l'évaluation (ORS, chaire de santé publique universitaire, DIM hospitalier, CDES ou CRES, échelon régional du contrôle médical de la sécurité sociale) sous la forme de rapports d'activité, de participation éventuelle à des travaux d'analyse de pratiques, de recherche épidémiologique..., de la collaboration d'une structure de santé publique ou contrat avec une société de services, d'un suivi d'indicateurs de résultats.

¹³¹⁹ Circulaire Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de l'action sociale, Délégation interministérielle à la ville, n°2001/393.

¹³²⁰ La mise en place des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins est réglementée par le Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 modifiant le Code de la Santé Publique et la circulaire DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999.

Le réseau est présenté alors comme un moyen différent du secteur, pour répondre à de nouveaux besoins identifiés dans le cadre des schémas régionaux de psychiatrie¹³²² :

"Le partenariat local entre psychiatrie et acteurs sociaux, par des actions de formation, des actions d'analyse et d'appui technique des professionnels sociaux et bénévoles, et par des démarches communes multi-partenariales pluridisciplinaires d'identification des possibilités de chacun"¹³²³, - "l'action directe auprès des publics démunis et le développement de la prévention, qui vise à permettre la présence d'un professionnel de la psychiatrie dans les lieux de vie et de passage de ces populations (centres sociaux, missions locales, centres d'hébergement et de réinsertion...)"¹³²⁴.

Une circulaire de 2001¹³²⁵ qui institue un coordinateur chargé de développer la prévention et le travail en réseau au niveau départemental et prévoit l'articulation des réseaux de santé mentale aux dispositifs concrets de veille éducative, poursuit l'incitation officielle à la création de réseaux de santé mentale. La loi du 2 janvier 2002 instaure une convention obligatoire entre le préfet et le président du Conseil Général dans leur champ commun d'action et propose une palette variée de formules de coopération et d'articulation entre établissements dans les champs sanitaire, social et médico-social.

Enfin, une circulaire du 3 mai 2002 insiste sur la nécessité d'une articulation interministérielle renforcée entre le Ministère de l'Education Nationale et le Ministère de la justice pour "repérer les signes de mal-être" chez les enfants et adolescents¹³²⁶, d'un

¹³²¹ La disparité entre les régions, départements ou secteurs est conçue comme un facteur aggravant. La circulaire pointe le problème notamment des délais d'attentes trop longs dans les consultations des Centres Médico-Psychologiques.

¹³²² Le texte vise notamment l'adaptation des délais de rendez-vous par les Centres Médico-Psychologiques, l'intervention dans les structures d'accueil et l'organisation de la sortie par les établissements psychiatriques. La circulaire d'août 2001 prévoit que les actions régionales et départementales soient relayées au niveau national par un groupe de travail inter-institutionnel, initié par la Direction Générale de la Santé, devant "sériar les profils de publics concernés, définir les besoins prioritaires et la qualité attendue des actions".

¹³²³ **La circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre d'ateliers "santé ville" pour les contrats de ville 2000-2006 constitue un cadre de référence pour faciliter le développement de réseaux de proximité.**

¹³²⁴ **La circulaire DGS/DGAS/DSS/DIRMI n°99-684 du 25 novembre 1999, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux traite des formes de collaborations spécifiques entre intervenants sociaux et intervenants de santé mentale devant tendre vers une organisation en réseau.**

¹³²⁵ Circulaire n°2001-649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires, conformément à la décision du Conseil de sécurité intérieure de janvier 2001. Cette circulaire incite à la création de réseaux de santé qui "renforcent l'articulation des programmes de santé avec les orientations tracées par les schémas régionaux d'organisation sanitaire" (SROS) et s'inscrivent dans "la mise en œuvre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins" (PRAPS).

¹³²⁶ Il s'agit d'une part, de renforcer les moyens psychopédagogiques autour des besoins des enfants et pour faciliter le repérage précoce des signes de mal-être et les comportements en milieu scolaire, et d'autre part, de développer un cadre de prise en charge adéquat à la spécificité des troubles des mineurs les plus en difficulté.

partenariat entre des décideurs institutionnels locaux par l'élaboration de contrats pluriannuels de santé mentale entre les préfets, les conseils généraux, les municipalités, les agences régionales de l'hospitalisation, et la création de conseils locaux de santé mentale¹³²⁷ impliquant des acteurs de différents champs (sanitaire, social, médico-social, Education Nationale, Justice...)"¹³²⁸.

2. Un modèle démocratique et économique

Les réseaux sont pensés par les initiateurs de la loi du 4 mars 2002 comme un moyen de "Renforcer la démocratie sanitaire"¹³²⁹. Le projet de loi initial est présenté comme donnant une "meilleure définition des réseaux de santé"¹³³⁰ déjà réglementés. L'objectif affiché est d'élargir les missions des réseaux de soins, désormais nommés des réseaux "de santé", et d'intégrer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne "tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins"¹³³¹. La nouveauté est la suivante : les réseaux ne seront plus obligatoirement rattachés à des établissements de santé mais pourront être constitués entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales, des organismes à vocation sanitaire et sociale. L'extension du secret médical à «un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins"¹³³² doit permettre la démocratie sanitaire visée.

Ici, contrairement au secteur, le réseau implique dans les textes un exercice de la prévention, des soins ou de la réinsertion selon une logique populationnelle (populations «cibles») et non territoriale ; il est pensé comme un remède au manque de souplesse des frontières du secteur. Le travail en réseau, tel qu'il est défini officiellement, suppose :

- l'interdisciplinarité (implication des élus, des travailleurs sociaux, médecins généralistes, spécialistes libéraux ou hospitaliers ou autres professionnels de santé).
- le volontariat de ses membres.

Il implique selon les textes une prise en charge globale de la personne (prévention/soins/adaptation)¹³³³, le décloisonnement des champs (essentiellement entre

¹³²⁷ Ces conseils locaux de santé mentale étaient déjà prévues par la circulaire du 14 mars 1990. Cf. annexe.

¹³²⁸ Circulaire n°DGS/DGAS/DHOS/DPJJ/2002/282 du 3 mai 2002.

¹³²⁹ Elisabeth Guigou, exposé des motifs du projet de loi n° 3258 au nom de Lionel Jospin, *op. cit.*

¹³³⁰ Le Code de la Santé Publique comporte déjà un article définissant les réseaux de soins, qui figure dans la partie du code relative aux établissements de santé : selon cet article, les réseaux de soins ont pour objectif de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire, en assurant la coordination et la continuité des soins ; ils sont organisés autour de l'établissement de santé.

¹³³¹ Elisabeth Guigou, *op. cit.*

¹³³² Art. L. 1110-4 du Code de la Santé Publique.

médical et social au sens large, et entre public et privé) sans forme de territorialisation a priori. Son mode opératoire est celui de la convention. Sa forme dépend des spécificités locales (morbidité spécifique de la région et structures de services déjà existants).

En fait, deux logiques sont cumulées : une logique territoriale ad hoc et une logique thématique (populations cibles). Tandis que le secteur est défini comme une topographie marquée par la hiérarchie, la verticalité, l'accessibilité du soin pour l'utilisateur, et la centralisation sur l'hôpital, le réseau est présenté comme l'opérateur d'une nouvelle topographie qui se dit respectueuse de l'existant. Il fonctionnerait à l'inverse du secteur, sur des principes d'égalité entre les unités du réseau, d'horizontalité, du déplacement de l'utilisateur d'une unité à une autre, et de partage des décisions, bref sur le modèle dit démocratique ou contractuel.

Les nouvelles "ressources alternatives en santé mentale"¹³³⁴, dont les pouvoirs publics préconisent qu'elles participent à la prise en charge globale des personnes en souffrance psychique, contribuent à la reconfiguration de l'organisation du soin psychique intégrant la réinsertion sociale comme dissociée du traitement proprement parler, et dont la définition fonctionnelle rend explicite ce que Dominique Gaucher appelle «le caractère de contrôle social de la folie et d'adaptation du fou aux normes sociales»¹³³⁵. L'un des présupposés du fonctionnement en réseau médico-social est finalement le suivant : "pour un degré d'état de santé donné, la probabilité d'hospitalisation d'un individu est inversement proportionnelle à la capacité de soutien de son réseau social"¹³³⁶.

Depuis les années 1980 nous l'avons vu, le secteur est intégré financièrement à la dotation globale de financement des hôpitaux participant au service public. Depuis le début des années 1990, les pouvoirs publics affichent leur volonté de favoriser l'émergence de nouveaux modes de production des soins au niveau organisationnel par la mise en place de "réseaux"¹³³⁷ et au niveau financier par le fait de fonder l'allocation des ressources sur des appréciations quantitatives (SROSS¹³³⁸) et qualitatives (accréditation) relatives aux caractéristiques sanitaires locales.

¹³³³ On notera que le motif premier du secteur était la continuité des soins et non la prise en charge globale de la personne.

¹³³⁴ Dominique Gaucher désigne par ce terme "les ressources veillant à assurer le maintien dans le milieu ou la réinsertion sociale des individus des individus ayant eu ou non préalablement recours aux services psychiatriques hospitaliers (Dominique Gaucher, "L'organisation des services en santé mentale au Québec : tendances actuelles", *Sociologie et sociétés*, Volume XVII, n°1, avril 1985, p. 43).

¹³³⁵ Dominique Gaucher, "L'organisation des services en santé mentale au Québec : tendances actuelles", *op. cit.*, p. 46.

¹³³⁶ J.P. Escafre, "Réseaux sociaux et prises en charge hospitalières", in *Cahiers de l'École nationale de santé publique*, numéro 2, 1988, p. 40.

¹³³⁷ Plusieurs circulaires de 1991, 1994 et 1995 ont incité à la création, entre hôpitaux et médecins de ville, de réseaux de soins pour les patients atteints de VIH, d'hépatite C, et pour la prise en charge des toxicomanes.

¹³³⁸ Le Schéma Régional d'organisation sanitaire et sociale constitue un document réglementaire. Il a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en psychiatrie, en vue de satisfaire de manière optimale les besoins de santé.

L'ordonnance du 24 avril n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé¹³³⁹ installe définitivement le réseau comme un modèle à étendre à l'ensemble de la santé publique : elle préconise des expérimentations de dérogations tarifaires pour des réseaux de professionnels libéraux qui ne se cantonnent pas aux soins mais envisagent aussi les dimensions de prévention et d'accompagnement social.

Le financement des réseaux de soins constitués entre les médecins de ville est prévu par la législation depuis 1999 : le nouvel article 162-5 du Code de la Sécurité Sociale permet ainsi à la convention nationale conclue entre les médecins et les Caisses Nationales d'Assurance Maladie de déterminer le cas échéant "les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux"¹³⁴⁰, étant précisé que ces modes de rémunération pourront, si la convention le prévoit, être autres que le paiement à l'acte.

En 1999, quatre procédures sont finalement possibles pour créer un réseau de santé :

- l'application de l'article L. 712.3.2 du Code de la Santé Publique, passant par une convention arrêtée entre les personnes morales ou physiques intéressées, soumise à l'agrément de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et à accréditation,
- le recours à des crédits d'Etat en application des diverses circulaires qui en ouvrent la possibilité dans une approche par pathologie, par technique ou par population,
- le recours à des subventions d'origines diverses dans le cadre d'un statut associatif,
- l'appui direct d'une institution mettant à disposition locaux, matériel ou personnel.

Les réseaux de soins disposent jusqu'en 2001 de deux cadres juridiques distincts :

- le cadre des réseaux de soins expérimentaux de l'article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale¹³⁴¹

¹³³⁹ La réglementation par l'article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité sociale d'un autre type de réseau : le réseau expérimental ayant pour objet de venir à l'aide de formes d'exercice fondées sur la prise en charge globale des assurés, tant du plan des soins que de la prévention et, le cas échéant, de l'accompagnement social, et de s'assurer de la pertinence médico-économique des réseaux pour prendre en charge le suivi de pathologies lourdes ou chroniques.

Dans le premier cas, un mécanisme d'agrément délivré par le Ministère de la santé a été

¹³⁴⁰ mis en place, après avis du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins appelé commission Soubie. Dans le second cas, les conventions constitutives sont agréées par

l'article 22 de la loi du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

¹³⁴¹ le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Il est issu de l'Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 : il s'agit "des actions expérimentales menées dans le domaine médical ou médico-social, en vue de promouvoir l'accès de bénéficiaires de l'assurance maladie aux formes de soins nouvelles et financières".¹³⁴³

En 2001, la loi de financement de la Sécurité Sociale simplifie les procédures administratives et financières des réseaux, la création d'une dotation nationale de

consister à mettre en oeuvre des "filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins", "des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de maladies lourdes ou chroniques" et de tous autres dispositifs répondant aux objectifs énoncés.

¹³⁴² Il est également issu de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, relatif aux réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, constitués par les établissements de santé. Ces derniers peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

développement des réseaux répartie entre les régions offre la possibilité de rémunérer par forfait les professionnels qui travaillent dans les réseaux, ce qui constitue une dérogation au code de la Sécurité Sociale.

Avec la loi du 4 mars 2002, dès lors qu'ils répondront à des critères de qualité, d'organisation et d'évaluation fixés par voie réglementaire, les réseaux pourront percevoir des financements de l'Etat et de l'assurance maladie, sous forme de subventions.

Il convient de revenir sur certains débats à l'Assemblée Nationale qui ont précédé l'adoption de la loi du 4 mars 2002 afin de comprendre l'objectif économique qui est assigné aux réseaux. Ainsi, le 11 septembre 2001, le député Bernard Charles juge la promotion des réseaux de santé indispensable pour "résoudre les problèmes actuels de démographie médicale"¹³⁴⁴. D'autre part, lorsque la députée Catherine Génisson insiste sur la redéfinition du médecin généraliste comme pivot du système de santé, Bernard Kouchner lui répond que le développement des réseaux est primordial au motif que "dans la réalité, les généralistes ne jouent pas le rôle de pivot". L'idée que le réseau "vise à mieux répondre aux besoins sans créer de nouvelles structures"¹³⁴⁵ et qu'en somme, il ne coûte rien est présente implicitement. Cette idée implique selon Bernard Kouchner de ne pas imposer de statut précis aux réseaux de santé pour "ne pas figer des structures d'une très grande diversité" : une telle solution est avancée en réponse aux problèmes de financement et d'agrément des réseaux de santé soulevés par le député Bernard Perrut.

Les réseaux seront donc définis par leur objet plutôt que par leur statut. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 insère dans le Code de la Santé Publique¹³⁴⁶ un nouveau chapitre intitulé "réseaux de santé" d'après lequel :

"Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services

¹³⁴³ Il s'agit d'une enveloppe fongible dédiée aux réseaux, dotation unique régionale intégrant des crédits soins de ville, des crédits hôpital, des crédits cliniques et des crédits médico-sociaux. La gestion de cette enveloppe étant déléguée à l'échelon régional, la loi précitée confie au directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et au directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie le soin de décider conjointement, et dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, des financements accordés à ces réseaux (article 36 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002).

¹³⁴⁴ Compte-rendu n°49, 11 septembre 2001, Présidence de M. Jean Le Garrec. Audition de M. Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé, sur le projet de loi relatif aux Droits des malades et la qualité du système de santé - n° 3258 (MM. Claude Evin, Jean-Jacques Denis, Bernard Charles, rapporteurs). www.senat.fr/dossierleg/pj101-004.html .

¹³⁴⁵ Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, op. cit., p. 178. L'auteur rapporte ici les propos de l'Inspecteur Principal de la DDASS Aquitaine : "c'est aux professionnels de se mettre à disposition".

¹³⁴⁶ Titre II du livre III de la sixième partie du Code de la Santé Publique, chapitre Ier.

et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers"¹³⁴⁷.

Le projet de loi amendé définit un seul cadre pour les réseaux de santé : ses modalités de financement sont prévues par dérogation aux dispositions du Code de la Sécurité Sociale (rémunération forfaitaire des professionnels par exemple). La procédure d'agrément disparaît en tant que telle. Un décret fixera les critères de qualité et les conditions d'organisation et d'évaluation que devront remplir les réseaux pour être éligibles au financement public :

"Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie»¹³⁴⁸.

La loi du 4 mars 2002 incite mais n'impose pas la création de réseaux de santé. Les réseaux de santé prévus par le nouvel article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique peuvent bénéficier des financements au titre de la dotation nationale de développement des réseaux mentionnée à l'article L. 162-43 du Code de la Sécurité Sociale¹³⁴⁹. Concrètement, les demandes de financement sont adressées par le ou les promoteurs du réseau aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans la circonscription géographique où le réseau a son siège.

B- Une définition praticienne du réseau

Il s'agit ici de saisir deux niveaux de discours spécifiques, un discours ordinaire et un discours de représentation de la profession. Nous avons vu que la définition officielle du réseau tend à l'opposer au secteur ; ici la définition ordinaire du réseau s'inscrit en faux contre une telle représentation, une fois écarté l'usage polémique du mot. La psychiatrie de secteur apparaît comme un segment professionnel spécifique, unifié par un certain nombre de valeurs, que nous avons listées auparavant (Chapitre III, Livre II). Mais une ligne de partage semble se dessiner aujourd'hui parmi les psychiatres dans la

¹³⁴⁷ Loi n°2002-303 relatives aux Droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹³⁴⁸ Article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique. L'article L. 6321-2 du même code assimile les réseaux coopératifs de santé, régis par la loi no 47-1775 du 10 septembre 1947 aux réseaux définis à l'article L. 6321-1 et permet aux coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé d'adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public ou des associations, ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux.

¹³⁴⁹ Art. R. 162-59 du Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.

structuration des discours dans leur rapport au politique. En effet, tantôt on dénonce la fin du secteur au profit d'une organisation réticulaire préjudiciable pour le psychiatre et son patient, tantôt l'on se réjouit d'une complémentarité à construire de deux modes d'organisation ayant en commun un objectif de proximité et de continuité des soins¹³⁵⁰. Lorsque le débat se situe à un niveau plus officiel, entre syndicats et pouvoir politique par exemple, deux positions sont notables : la première consiste essentiellement à défendre le secteur contre une idéologie et une politique associées au terme de réseau ; la seconde s'appuyait sur la définition officielle du réseau pour critiquer une conception jugée "cadastrale" du secteur.

B-1- L'ÉTOILE RELATIONNELLE DU SECTEUR

L'idée du réseau comme étoile relationnelle du secteur suggère d'une part l'existence d'une continuité entre le secteur et le réseau et d'autre part la présence d'une différence. Nous verrons que les dispositifs dits "intersectoriels" constituent l'ancêtre du réseau dans la mesure où ils fonctionnent, non sur les limites territoriales du secteur mais sur un territoire plus large défini ad hoc. L'apparition de ces derniers est antérieure à la consécration juridique des réseaux de santé, ce qui nous indique déjà, si l'on admet que l'intersectorialité est l'une des premières formes de réseau, que le travail en réseau s'est développé conjointement à une pratique sectorisée se généralisant depuis le début des années 1970. Nous verrons ici que l'on peut appeler "réseaux" des dispositifs nés avec le secteur. Puis, nous montrerons que la définition du réseau, telle qu'elle émane des praticiens du secteur psychiatrique, entre en contradiction partielle avec la définition juridico-politique qui en est faite.

1. L'intersectorialité, première forme de réseau

Les structures dites intersectorielles peuvent relever soit du secteur sanitaire¹³⁵¹, soit du secteur social et médico-social. Initialement, le niveau intersectoriel a été pensé pour mutualiser les ressources au niveau de la mise à disposition de plateaux techniques très spécialisés, très spécifiques ou innovants tels que les services dédiés aux troubles des conduites alimentaires, à la réadaptation, à la réinsertion, au traitement des dépendances, etc.

Des dispositifs dits d'intersectorialité se sont donc développés pour pallier les insuffisances d'une organisation en secteurs, issue notamment des inégalités de leur découpage de sorte que, naturellement, l'intersectorialité ne fonctionne pas selon un critère territorial prédéfini mais vise la prise en charge de populations spécifiques (infanto-juvénile, adolescents, détenus, personnes âgées, personnes handicapées...) ou le traitement de pathologies particulières (le traitement des dépendances par exemple).

¹³⁵⁰ Jean-Luc Roelandt, auteur de *Manuel de psychiatrie citoyenne : l'avenir d'une désillusion* (Editions IN PRESS, Collection "Des pensées et des actes en santé mentale", Paris, 2002) et co-rédacteur d'un rapport en 2001 déjà évoqué, prône notamment le décroisement de la psychiatrie et son articulation au champ de la médecine générale et au champ social.

¹³⁵¹ Elles réalisent l'hospitalisation et les alternatives à l'hospitalisation, la posture, les services de transition, voire de réadaptation.

L'intersectorialité rappelle en quelque sorte les premiers réseaux officiels de santé datant de l'après-guerre, mis en place par l'Etat après l'instauration par l'Ordonnance du 4 octobre 1945 sur la Sécurité Sociale : un dispositif de prise en charge des "fléaux sociaux" recouvrant le soin, la prévention et la réhabilitation fut institué alors par la création de réseaux institutionnels appelés "réseaux sanitaires spécialisés", gérés par les DDASS, et centrés sur des problèmes comme le tabac, la toxicomanie, la maladie mentale, le dépistage des cancers, etc. Ces types de réseau furent organisés par l'Etat lui-même, ce qui les différenciait des réseaux "spontanés". A priori, l'idée du secteur a en commun avec ces organisations la visée d'une complémentarité des prises en charge. Pourtant, d'autres caractéristiques devront fonder la comparaison entre réseau et secteur.

Les premiers réseaux de santé mentale spontanés datent environ de la fin des années 1970 : ce sont des réseaux entre professionnels médicaux, paramédicaux et de travailleurs sociaux, qui ont pour objectif l'amélioration de la prise en charge globale des patients dans le temps et dans l'espace¹³⁵². Ils sont vivement recommandés par le Rapport Demay de 1982 qui fait des formes de partenariat avec le monde non médical l'une des conditions de la réinsertion sociale des patients. Cette insertion doit passer par des interventions publiques, associatives et privées : municipalités, bureaux d'aide sociale, dispositif scolaire, éducation spéciale, caisses d'allocation familiale, structures d'hébergement, programmes culturels ou sportifs, insertion professionnelle, etc. Ce partenariat est encouragé à deux niveaux : au niveau national avec les différents ministères concernés, et au niveau local avec les collectivités locales et les associations.

Depuis 1982, et même auparavant dans certains secteurs, le partenariat tel qu'il est présenté par le Rapport Demay s'est donc développé en même temps que le travail de secteur.

Le rapport établi par la DREES en 2000¹³⁵³ sur l'activité des secteurs de psychiatrie générale sur la base d'une enquête confirme cette évolution puisqu'il évalue à huit secteurs de psychiatrie générale sur dix ceux qui interviennent auprès des services sociaux, et à six sur dix ceux qui conduisent d'autres interventions à destination des établissements médico-sociaux, des membres de l'équipe de secteur de psychiatrie infanto-juvénile, des établissements sociaux et des médecins généralistes. La moitié des secteurs interviendrait également auprès des psychiatres travaillant hors secteur, du dispositif RMI, des associations de familles et de la justice¹³⁵⁴.

Globalement, lorsque nous avons demandé aux psychiatres ce qu'évoquait le terme "réseau" dans leur esprit, ils y ont tous associé une activité de partenariat faisant partie intégrante des objectifs de secteur, tout en spécifiant cependant que l'utilisation de ce

¹³⁵² On retiendra à titre d'exemple la création en 1977 de l'Association Médico-Psycho-sociale dans le secteur Lille-Est, associant les 6 villes du secteur et l'équipe de psychiatrie, et ayant vocation à organiser un partenariat associatif en vue de créer des structures extra-hospitalières. Le développement de cette forme de "psychiatrie citoyenne" est détaillé dans l'ouvrage de Jean-Luc Roelandt et Patrice Desmons (*Manuel de psychiatrie citoyenne, L'avenir d'une désillusion, op. cit.*, pp. 185-191).

¹³⁵³ Le taux de réponse se situe entre 82 et 99% selon les questions ("les secteurs de psychiatrie générale en 2000", Magali Coldefi, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Série Etudes, n°42, mars 2004).

terme par les pouvoirs publics témoignait d'une "mode" pour désigner "tout et n'importe quoi"¹³⁵⁵ ou dissimuler une réduction de moyens. Les acteurs du soin psychiatrique séparent donc systématiquement une pratique préexistante de partenariat, jugée légitime, et l'usage politique du mot. Un jeune psychiatre déclarait ainsi :

"Le réseau ? Je ne sais pas. C'est le lien, le travail de partenariat. Mais c'est un peu aberrant de parler de réseau, le vrai problème c'est le manque de moyens. Changer de nom, ça ne change pas radicalement les choses". ¹³⁵⁶

Les praticiens désignent un travail de proximité, formel ou informel, découlant du principe du secteur, au point parfois le confondre avec le réseau, comme le suggèrent les propos de ce psychologue parisien d'un Centre Médico-Psychologique :

"Le secteur, c'est un travail de proximité avec tout un ensemble de structures : avec le privé, le public, les médecins, les assistantes sociales, les infirmiers, les psychiatres [...] Ce travail de partenariat peut être informel et fonctionner alors uniquement sur le réseau de relations personnelles : les contacts se font par téléphone le plus souvent sauf dans les moments de crise où plusieurs professionnels se réunissent" ¹³⁵⁷ .

Le témoignage d'un jeune psychiatre lyonnais va dans le même sens puisque le réseau est conçu comme la façon de "personnaliser" le fonctionnement du secteur :

"Pour moi, il n'y a pas de différence entre secteur et réseau mais je parle en tant que profane. Chaque secteur a sa façon de se personnaliser et là on peut peut-être parler de réseau. C'est très variable et fonction de la personnalité de chef de service et fonction du chef de service". ¹³⁵⁸

¹³⁵⁴ Certaines actions sont en outre moins développées, comme les interventions auprès des entreprises (10 % des secteurs), auprès des pompiers et de la police (35 %), des élus locaux (43 %), mais aussi des associations d'usagers (38 %) et du grand public (41 %). D'une manière générale, les secteurs rattachés à un CHR et CHU interviennent davantage auprès des associations de familles (66 % en réalisent), des psychiatres hors secteur (66 %), des médecins généralistes (67 %), et auprès du grand public (48 %). sont dénommés "centre hospitalier régional", les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation. Ils assurent, en outre, les soins à la population proche. S'ils ont passé une convention au titre de l'ordonnance 58-1373 du 30 décembre 1958 avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherches médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont alors dénommés "centre hospitalier universitaire". Ils sont par contre, moins présents auprès des élus locaux, qui font davantage l'objet d'interventions de la part des établissements spécialisés en psychiatrie (CHS et HPP). Les HPP se différencient essentiellement par leur présence plus importante au sein des établissements médico-sociaux (68 % des secteurs y interviennent) et leurs interventions auprès des médecins généralistes (réalisées par 75 % des secteurs). Ces chiffres nous indiquent que les liens entre les secteurs de psychiatrie générale et d'autres institutions ou acteurs de la communauté existent dans de nombreuses régions mais à des degrés divers et avec des interlocuteurs variables : services sociaux, généralistes, élus, usagers, justice, police... ("les secteurs de psychiatrie générale en 2000", *op. cit.*, p. 39).

¹³⁵⁵ Entretien avec le Docteur Safran.

¹³⁵⁶ Entretien avec le Docteur Mazen Hamdan.

¹³⁵⁷ Entretien avec Monsieur Pigamon, psychologue au CMP, 7 avril 2004.

¹³⁵⁸ Entretien avec le Docteur Acacia.

C'est la confrontation au social, au dehors de l'institution psychiatrique, que le secteur a initiée, qui a ouvert nécessairement la voie à un travail avec d'autres acteurs intervenant dans la trajectoire du patient. Ainsi, à la question "faites-vous une différence entre une pratique de réseau et une pratique de secteur ?", la réponse suivante nous fut faite par un chef de service parisien :

"Vous me demandez ça de but en blanc....C'est une question de fond. Si les gens sortent, on est confronté au social en général. C'est pas facile pour les fous-fous de vivre dehors. On est obligé d'articuler des choses avec d'autres gens (commissaire de police, associations, foyers, concierges...). Ce travail-là me paraît être du travail de secteur". ¹³⁵⁹

Le chef de service d'un secteur lyonnais désignait quant à lui le travail d'inscription dans la communauté ou "travail de réseau" comme la mission seconde du secteur, après une offre de soin crédible (la mission centrale). La Charte de prévention en santé mentale signée entre la ville et l'hôpital du Vinatier "définissait" selon ce psychiatre une "pratique de secteur" intégrant un partenariat local :

"C'est une inscription dans un réseau local : le travail commun avec la MDR, la mission locale, le CLPD, la ville... à un niveau plus adjacent, c'est un travail pédagogique avec des conférences (Espace Baudelaire, Lycée, Gendarmerie..)".

¹³⁶⁰

Le réseau est conçu par le même psychiatre comme une "maison" au sein de laquelle le secteur "existe comme lieu de soin pour qu'il puisse entrer dans le réseau et garder son étanchéité". Cette conception est partagée par tous les membres de l'équipe du Centre Médico-Psychologique dont il est le chef de service ("le travail de réseau fait partie de la psychiatrie de secteur")¹³⁶¹.

On constate que la dénonciation de "l'idéologie de réseau" est l'occasion de montrer son attachement aux conditions d'efficacité du secteur psychiatrique mais aucun psychiatre ne s'oppose à un travail de partenariat dans la communauté, tant les liens avec la communauté sont conçus comme découlant naturellement de "l'esprit" du secteur :

"Ce qui me choquerait, c'est qu'on veuille dire que c'est opposé. Qu'on appelle ça comme on veut mais la continuité des soins implique cela : de discuter pour les problèmes à vivre dehors ... Mais en fait je m'en fous de savoir si c'est du réseau ou du secteur, tant qu'on aide les gens à vivre dehors». ¹³⁶²

Ce qui domine dans les définitions qui ont été formulées, c'est l'incertitude quant à l'utilisation du mot réseau pour désigner une activité collective autour du soin ("Quand les assistantes sociales ont du mal, il faut discuter avec elles, c'est du réseau ?")¹³⁶³. Le terme de réseau, c'est alors pour beaucoup "quelque chose de très flou" que l'on utilise

¹³⁵⁹ Entretien avec le Docteur Safran.

¹³⁶⁰ Entretien avec le Docteur Ajonc. Le CLPD est le contrat local de prévention de la délinquance, la maison départementale du Rhône.

¹³⁶¹ Entretien avec Madame Eglantier, assistante sociale.

¹³⁶² Entretien avec le Docteur Safran.

"sans jamais savoir si on parle de la même chose"¹³⁶⁴.

2. La continuité entre réseau et secteur

Nous pouvons identifier les caractéristiques d'une définition commune du réseau, une fois écarté un usage politique et polémique dénoncé par les praticiens. Ici, le réseau, ce sont "des liens entre les gens et surtout entre les institutions"¹³⁶⁵ ; là c'est "ce qu'il y a autour du secteur, par exemple avec les médecins généralistes ou avec les médecins de garde, les travailleurs sociaux de secteur (Centre d'action sociale ou Maison du département) ou d'autres plus spécialisés"¹³⁶⁶. Le réseau désigne donc les liens avec des personnes mais également avec des institutions. La définition praticienne minimale pourrait donc s'énoncer ainsi : le réseau désigne le fait de travailler avec d'autres professionnels, isolés ou au sein d'une autre institution. Un infirmier du Centre Médico-Psychologique de Rillieux-La-Pape a parlé "d'étoile relationnelle"¹³⁶⁷ pour désigner le moment où le secteur se situe comme partenaire social et non comme acteur du soin. C'est une posture du secteur, ce qui explique que les usages des mots réseau et secteur soient parfois indifférents pour désigner une partie de l'activité du service.

Une seconde caractéristique de la définition praticienne réside dans la justification thérapeutique du développement du réseau. Ainsi, "on ne peut pas soigner qu'en hospitalier sauf quand c'est nécessaire pour les épisodes aigus"¹³⁶⁸. Autrement dit, le secteur nécessite un travail de réseau parce que la collaboration avec d'autres professionnels est dans l'intérêt du patient. La communication avec des acteurs non soignants est ainsi jugée utile par un jeune psychiatre lyonnais :

"Je pense qu'on a surtout le patient, autour de lui, un intérêt à travailler en réseau autour du patient dans la mesure où chacun parle du patient vraiment dans les limites de sa fonction. C'est-à-dire que je travaille avec les éducateurs, les AS, les collègues, les autres psy... C'est profitable au patient si on est vigilant à ne pas parler du patient en son absence, sans son autorisation.... C'est le cas avec le juge des enfants par exemple"¹³⁶⁹.

Le réseau, tel qu'il est conçu par les professionnels de l'équipe soignante élargie s'accorde avec la définition proposée par les rédacteurs du Rapport Zambrowski de 1986 : si le secteur est "une aire géo-démographique, délimitée pour développer une

¹³⁶³ *Ibid.*

¹³⁶⁴ Entretien avec le Docteur Bleuet.

¹³⁶⁵ Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.

¹³⁶⁶ Entretien avec le Docteur Bleuet.

¹³⁶⁷ Entretien avec Monsieur Onagre, infirmier.

¹³⁶⁸ *Ibid.*

¹³⁶⁹ *Entretien avec le Docteur Laurier.*

action concertée en matière de santé mentale, dans sa double dimension sanitaire et sociale», visant à une cohérence et une continuité dans l'acte thérapeutique par l'intégration des actions préventives, curatives et de post-cure, le développement d'un "réseau communautaire étroit" constitue le moyen de la complémentarité entre secteur, praticiens libéraux, et autres structures sanitaires et médico-sociales"¹³⁷⁰. D'après le Rapport Zambrowski, la participation à la "vie sociale ordinaire" passe par des contacts permanents avec des "intervenants naturels, tels que la municipalité, élus locaux, justice, police et gendarmerie, familles..."¹³⁷¹.

Le réseau tel que l'équipe soignante élargie se le représente comporte finalement trois caractéristiques :

- il associe des professionnels médicaux à des profanes,
- il découle de l'activité de secteur,
- il s'établit autour d'un intérêt fonctionnel à travailler ensemble.

Concrètement, il fait intervenir le secteur comme partenaire d'autres professionnels ou institutions, soit pour une activité directement soignante (assurer une permanence psychiatrique dans un centre d'hébergement par exemple), soit pour une aide aux professionnels eux-mêmes. Dans le second cas, il ne s'agit certes pas de soins dans le cadre d'une prise en charge mais tout de même d'un soutien psychologique qui en emprunte les formes. Cet infirmier illustre ainsi le second aspect du travail de réseau :

"On a plus à faire aux assistantes sociales qu'aux personnes de Rillieux. Une fois, deux assistantes sociales, qui ont été voir un de nos patients, ont été choquées ; elles sont venues se vider car c'était l'horreur chez la personne où elles étaient allées : des rats, des détritrus.... Elles sont venues spontanément et ont parlé une bonne demi-heure" ¹³⁷².

La deuxième partie de ce chapitre sera consacrée plus précisément au fonctionnement concret d'un réseau de santé mentale.

B-2- LE DÉBAT SECTEUR/RÉSEAU

Le dernier Livre Blanc de la Psychiatrie, fait état d'une culture psychiatrique qui se traduit par une adhésion à une option forte "moins liée à un progrès de la connaissance qu'à une influence idéologique de la conception de l'être humain dans la société du moment"¹³⁷³. L'un des groupes de travail des Journées consacrées à sa rédaction et organisées par la Fédération Française de Psychiatrie en 2002 dénonçait un risque de réduction de la psychiatrie "à une simple spécialité médicale", et pointait la nécessité de "réinstaurer l'aspect politique de la psychiatrie"¹³⁷⁴.

¹³⁷⁰ Travail préalable au Rapport Zambrowski, Docteur Reynaud, psychiatre, M. Massat, Directeur d'hôpital, automne 1986, p. 4 et p. 16 (Documents DGS).

¹³⁷¹ *Ibid*, p. 16.

¹³⁷² *Entretien avec Monsieur Liseron, infirmier.*

La mise en affrontement du passé et du présent signale une crise de légitimité et d'identité. Si toute construction identitaire est traversée par le contexte du savoir et du social, la question est alors de repérer si ce contexte est susceptible d'être approprié de l'intérieur. Le débat sur le rapport entre le secteur et le réseau constitue un prisme efficace lorsque l'on veut saisir les oppositions discursives entre psychiatres d'un même monde sectorisé. En outre, le contraste que nous allons mettre en valeur tient à un niveau de discours spécifique, entre un discours de représentation de la profession et un discours ordinaire. Un degré de dramatisation d'une situation jugée critique pour la psychiatrie de secteur se décline à travers deux attitudes officielles, sortes d'idéaux-types wébériens¹³⁷⁵ que nous avons choisi de nommer résistance critique et résistance organique en référence à Auguste Comte¹³⁷⁶.

1. La résistance critique

Cette posture désigne la résistance explicitement affichée dans des discours ayant vocation à présenter une vision unifiée de la profession. Le Livre Blanc de la Psychiatrie est un matériau propre à restituer cette vision ; des discours émanant de "personnalités"¹³⁷⁷ du monde psychiatrique nous sont également utiles pour identifier les partisans d'une résistance critique. Globalement, la résistance critique est celle de praticiens marqués par un désenchantement tenace.

Sous la rubrique intitulée "dialogue avec la société civile", un groupe de travail réuni en atelier pour rédiger en 2002 le Livre Blanc de la Psychiatrie prend acte d'un changement depuis que la psychiatrie est confrontée à de nouveaux espaces de

¹³⁷³ Ces journées ont été organisées par la Fédération Française de psychiatrie qui regroupe le Comité d'action syndicale de la psychiatrie (Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, semi-publics et Privés, Syndicat National des psychiatres privés, Syndicat des Psychiatres Français, Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, Syndicat Universitaire de la psychiatrie, Union Syndicale de la Psychiatrie), L'intersyndicale de Défense de la Psychiatrie publique (Syndicat des Psychiatres d'exercice Public, Syndicat des Psychiatres de secteur), la Conférence des Présidents de CME des CHS, Compte-rendu des Journées de travail des 15 et 16 mars 2002, Rédaction du *Livre Blanc de la Psychiatrie*, p. 3. //psydoc-fr.broca.inserm.fr/Professi /LivreBlanc/

¹³⁷⁴ *Ibid.*

¹³⁷⁵ Il s'agit d'une reconstruction stylisée du réel fonctionnant par accentuation unilatérale de certains éléments, jugés significatifs, essentiels, et effacement de certains autres éléments, jugés non significatifs.

¹³⁷⁶ L'opposition critique/organique est empruntée à Auguste Comte qui désigne alors l'impuissance organique de l'esprit philosophique, c'est-à-dire son incapacité à développer "une force logique qu'exigerait son office révolutionnaire,..., l'obligeant à admettre les principes essentiels de ce même système dont elle attaque sans cesse les vraies conditions d'existence". Comte oppose au caractère critique de la philosophie, l'aspect organique de l'esprit positif lui permettant d'orienter les activités humaines vers un progrès, une construction adaptée aux vrais besoins historiques des hommes. Auguste Comte, *Discours sur l'esprit positif (1842)*, Paris, Vrin, Bibliothèque des textes philosophiques, 1995, pp. 142-145.

¹³⁷⁷ Nous pensons ici aux auteurs d'ouvrages généraux sur la psychiatrie, représentants syndicaux ou membres de sociétés scientifiques, directeurs de revues, présidents d'associations ou de fédérations, qui parfois cumulent le statut de psychiatre avec celui d'anthropologue, de philosophe ou d'historien.

sollicitation. Considérant que «les mots partenariat, réseau et convention sont devenus les maîtres mots de la modernité psychiatrique», il énumère les limites et les risques associés à ce nouveau contexte :

- le brouillage des identités professionnelles,
- la bureaucratisation liée à la formalisation des réseaux existants,
- l'incertitude dans une responsabilité diluée,
- la dilution dans le social et la démedicalisation des interventions,
- le travail critique sur le secret médical au regard de la transmission d'informations utiles aux partenaires¹³⁷⁸.

Pour les partisans de ce que nous avons appelé la résistance critique, le réseau constitue l'effacement et la négation du secteur car il s'inspire "sournoisement d'un mélange peu rationnel de l'anti-psychiatrie anglaise et de l'anti-psychiatrie italienne"¹³⁷⁹ en déniait le caractère de spécialité de la psychiatrie par la réduction de la maladie mentale à ses aspects sociaux. La psychiatrie ne serait plus référée spécifiquement à un lieu, ni à une pratique, ni à une pathologie : le "non lieu du réseau" est sous-tendu par une idéologie de l'autonomie"¹³⁸⁰.

La critique est d'ordre politique ; elle pointe le risque "que rien ne s'institue"¹³⁸¹ là où la société civile ne relaie pas les déficits du secteur en organisant des institutions travaillant effectivement en réseau. Le secteur est directement associé à une mission de service public ; le réseau tendrait donc à la disparition de "la disponibilité et de la responsabilité de service public autre que l'asile"¹³⁸², propre au secteur. Le travail collectif de réseau lui-même n'est pas jugé sans fondement puisque les praticiens dissocient la "nouvelle idée du réseau"¹³⁸³ du travail de partenariat nécessaire au secteur institué depuis plusieurs années.

¹³⁷⁸ Journées du *Livre Blanc de la Psychiatrie*, Groupe de travail "Psychiatrie et société", N. Horassius, coordinateur, pp. 15-16.

¹³⁷⁹ Georges Lantéri-Laura, Journées d'études "Les cultures professionnelles en psychiatrie", MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 12 avril 2003.

¹³⁸⁰ Loïck Villerbu, "Le champ psychiatrique dans l'histoire des psychologues", article issu du séminaire de recherche "Les cultures professionnelles en psychiatrie", MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 2001-2003.

¹³⁸¹ D'après Michel Audisio, "la nouvelle idée de réseau n'est pas celui d'un réseau d'organisation instituée d'interrelations, c-à-d un modèle d'assignation à avoir des interrelations : le travail en réseau défini officiellement n'est pas le travail en réseau du secteur", Michel Audisio, remarques sur l'exposé de Pauline Rhenter "Du secteur au réseau : quelle identité pour le psychiatre?", Journées d'études "Les cultures professionnelles en psychiatrie", MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 12 avril 2003.

¹³⁸² L'expression est de Michel Audisio.

¹³⁸³ D'après Michel Audisio, "la nouvelle idée de réseau n'est pas celui d'un réseau d'organisation instituée d'interrelations, c'est-à-dire un modèle d'assignation à avoir des interrelations : le travail en réseau défini officiellement n'est pas le travail en réseau du secteur", Journées d'études "Les cultures professionnelles en psychiatrie", 12 avril 2003.

La défense du secteur prend alors la forme d'une dénonciation de la dérive "d'un Etat cherchant à se soustraire à ses responsabilités par le recours au réseau, terme requis pour justifier la baisse des effectifs en psychiatrie compensée par les nombreux acteurs du champ social"¹³⁸⁴.

Par ailleurs, la logique de réseau est "apparentée à des techniques féodales de contrôle d'une population cible qui inquiète», techniques qui opéreraient une "dissection de la psychiatrie à la faveur de la rencontre de l'idéologie antipsychiatrique et des logiques technocratiques, confortant l'illusion d'être identifié par un diagnostic, voire par un ou une série de symptômes"¹³⁸⁵. Une telle vision de la personne malade mettrait donc en cause une continuité thérapeutique propre à l'esprit de secteur.

Enfin, l'institution des réseaux par la loi du 4 mars 2002 définirait quantité de "sous-traitances psychiatriques" à des associations qui, devenant de plus en plus gestionnaires, perdraient peu à peu leur vocation républicaine. Le problème est donc également celui d'une bureaucratisation sans référence à l'Etat¹³⁸⁶. La participation des usagers par le biais des associations arrangerait de surcroît un Etat "qui ne paie plus le sanitaire"¹³⁸⁷, dans un contexte où le réseau alternatif à l'hôpital devient "un réseau alternatif à la psychiatrie de secteur"¹³⁸⁸.

Certaines voix s'élèvent pour critiquer l'efficacité du réseau, plus que son contenu idéologique. Si l'on admet que l'intersectorisation est une forme de réseau telle que les pouvoirs publics la préconisent, l'appel de Bondy s'intègre alors à la critique globale de l'efficacité des réseaux mono-ciblés, jugés peu compatible avec la perspective généraliste du secteur :

"On constate que les tentatives d'intersectorisation ont très vite montré leurs limites ; la mise en place de structures intersectorielles entraîne une démission partielle des équipes soignantes qui se trouvent convoquées pour réaliser des efforts de spécialisation sur les pathologies limitées (violence, malades difficiles, personnes âgées, victimes) ; de ce fait, ainsi que du fait de leur mise à distance du tissu social des secteurs éloignés, elles se désolidarisent des efforts à faire pour maintenir les liens avec les membres locaux du tissu social de chaque patient ; la base de secteur s'étirole peu à peu, là aussi ; l'effort de spécialisation

¹³⁸⁴ Appel de Bondy, pour la psychiatrie de secteur, en son 40^{ème} anniversaire, 14èmes journées de psychothérapie institutionnelle, mars 2000, reproduit dans *Le livre Blanc sur la santé mentale*, CICA 20^{ème}, octobre 2001, p. 92.

¹³⁸⁵ Michel Lecarpentier note que " La psychiatrie générale a eu au moins l'avantage d'autoriser à changer de symptôme sans perdre le contact avec ceux qui la soignent" (Michel Lecarpentier, "Psychiatrie de secteur, Réseau et constellation sanitaire et sociale", *Polis, psychanalyse dans la cité*, 22 avril 2001).

¹³⁸⁶ Philippe Rappard, Journées d'études "Les cultures professionnelles en psychiatrie", MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 12 avril 2003.

¹³⁸⁷ *Ibid.*

¹³⁸⁸ Philippe Rappard, "Les réseaux en psychiatrie : place de la clinique?", in *Psychiatrie et réseaux : innovations ou nouveaux conformismes?*, ouvrage à paraître sous la direction de Denis Parvis en 2003, Association scientifique Paris-Maison Blanche.

mobilise toute leur attention loin du milieu de vie du patient. Et le résultat final est double. On dit que de meilleurs moyens sont rassemblés pour soigner une seule catégorie de patients isolés des autres, mais d'autre part, cette intersectorisation vient consolider l'hospitalocentrisme que la psychiatrie de secteur dit vouloir combattre, et le travail de secteur en est diminué." ¹³⁸⁹

Guy Baillon, qui soutient l'appel de Bondy fait en l'occurrence dépendre l'avenir de la psychiatrie de secteur de la capacité de l'Etat à relayer le dynamisme militant des hommes de terrain ayant multiplié les expériences réussies de sectorisation ; il appelle à une décision de l'Etat ¹³⁹⁰ de programmer l'éclatement des grands hôpitaux psychiatriques et la création de petits services en ville. Cette proposition correspond très exactement aux souhaits de la Commission des Maladies Mentales, qui, lors de l'examen d'un projet de circulaire en 1988 sur l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie formule sa crainte que les unités intersectorielles spécialisées remettent en cause la politique de secteur ¹³⁹¹.

2. L'attitude organique

L'attitude organique aborde le passage du secteur au réseau de manière différente, considérant que l'esprit de secteur (continuité des soins, prévention et réinsertion, soins dans la communauté) est poursuivi par d'autres moyens : une organisation réticulaire se substituerait à une centralisation hospitalière préjudiciable et encore largement dominante. Le réseau serait même pour certains "un lieu de créativité et d'innovation pour le professionnel" ¹³⁹², à charge pour les praticiens d'instrumentaliser la politique dite "de réseaux" afin de contrer le désenchantement ambiant. Le réseau est alors défini comme une modalité d'organisation différente du secteur, ce dernier n'ayant "pas été pensé pour répondre aux nouvelles pathologies, ni aux situations fortement intriquées à l'expression sociale" ¹³⁹³.

Une centaine de personnes travaillant dans les champs sanitaire, social, scolaire et judiciaire ont monté un atelier de réflexion autour d'expériences diverses de réseau. Dans le numéro 1 de la Revue Pratiques en Santé mentale de 2004, un bilan est dressé sous le titre "Le réseau, espoir ou contrainte ?". L'accent est mis sur l'exigence pour le secteur et

¹³⁸⁹ ***Propositions de l'Appel de Bondy, reproduit dans Le Livre Blanc sur la Santé Mentale, op. cit., p. 92.***

¹³⁹⁰ Guy Baillon rend responsable l'Etat de la consolidation des hôpitaux psychiatriques contraire à l'esprit du secteur. Le Rapport de la Cour des comptes de février 2001 approuve en partie cet avis, compte tenu de l'absence de ligne de conduite donnée à la Direction des Hôpitaux. L'inégalité entre les secteurs résulte pour beaucoup d'après Guy Baillon du niveau de militantisme de toutes les catégories de professionnels impliqués dans la psychiatrie

¹³⁹¹ La Commission des Maladies Mentales préconisait en conséquence que ces unités doivent entrer dans le projet médical d'établissement qui définit les rapports entre ces unités et les secteurs ; Compte-rendu de la réunion du groupe 1 de la CMM, 14 décembre 1988.

¹³⁹² M. C. Hardy-Bayle, Service de psychiatrie des adultes, Hôpital Richaud, Versailles, Editorial, *Act. Méd. Int.*, Psychiatrie (20), n°2, mars 2003.

¹³⁹³ Jean-Pierre Vignat, "Santé mentale, psychiatrie, souffrance psychique", *Rhizome*, n°8, avril 2002, p. 11.

le réseau de garantir la constellation transférentielle permettant d'instituer "le champ politique nécessaire au déploiement éthique de nos actes". Cathy Landa évoque la longue expérience d'une association accueillant à Orléans des adultes en difficulté, en vue de leur réinsertion sociale et professionnelle. L'espace commun à construire entre différents professionnels a pu selon les psychiatres impliqués "tenir lieu d'espace transitionnel", correspondant à "une logique personnalisée qui respecte le transfert et le tissu vivant de culture qu'il institue avec le partenaire principal qu'est la personne malade"¹³⁹⁴. Toutefois, il s'agit également de dénoncer une formalisation du réseau ayant contribué au cloisonnement des actions de l'association :

"Dans les années 1990, la succession logique était : observation, écoute, analyse des besoins, élaboration d'un projet, recherche d'un financement [...] actuellement, nous sommes soumis à l'inflation des bilans d'action, pour 5 financeurs nous avons 12 bilans par an à produire de janvier à septembre. Nous n'avons plus d'espace de penser nécessaire pour créer. Le processus est inversé, les financeurs montent des groupes de réflexion et lancent des appels à projet, l'ascenseur descend, et avec la comptabilité analytique, il y a l'exigence de cloisonner nos actions, nos financeurs nous demandent de recevoir uniquement les publics pour lesquels nous sommes financés" ¹³⁹⁵ .

Cette remarque est bien le signe que les idéaux-typiques "résistance critique/résistance organique" sont des catégories idéales dans la mesure où ce témoignage constitue une critique des réseaux encadrés juridiquement en ce qu'ils portent atteinte aux initiatives des professionnels psychiatriques.

Le Rapport Piel et Roelandt qui en 2001, est remis au gouvernement en 2001, constitue une sorte d'archétype de la résistance organique. En effet, il comporte certes une dimension critique¹³⁹⁶ mais elle est doublée d'une dimension de proposition. La critique est double. D'une part, elle vise les pouvoirs politiques lorsqu'elle désigne des erreurs politiques dans la gestion de la sectorisation psychiatrique, l'incompatibilité entre la logique hospitalière et la logique de développement de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale, et la réticence des élus locaux à mettre en œuvre des actions de santé mentale accentuant la persistance du rôle sécuritaire de la psychiatrie. D'autre part, elle prend la forme d'une autocritique lorsqu'elle dénonce la survivance de concentrations psychiatriques, les formations hospitalo-centrées de tous les personnels, et les fonctionnements hiérarchiques figés, issus directement du fonctionnement asilaire et de la tradition mandarinale hospitalo-universitaire. Le Rapport Piel et Roelandt déplore la résistance de la profession à collaborer avec les usagers et les professionnels des autres champs, la crainte d'une perte identitaire, et la stigmatisation des patients et des soignants nécessitant un travail de communication d'impulsion nationale et d'application

¹³⁹⁴ *Ibid*, p. 45.

¹³⁹⁵ Cathy Landa, "Le réseau, espoir ou contrainte ?", *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2004, p. 44.

¹³⁹⁶ Il constate l'augmentation des demandes adressées à la psychiatrie, les disparités départementales dans l'offre de soins en personnel (pour les psychiatres et les infirmiers, les dotations en capacités d'accueil et densité de psychiatres ne coïncident pas) et en diversité de services, les limites de la loi de 1990 et la demande croissante de participation des usagers.

locale. Pour les auteurs du Rapport, la tendance actuelle au repli derrière les différents statuts professionnels, la technocratisation, et la hiérarchisation aboutiraient à des clivages dans l'équipe pluri-professionnelle, dans un contexte de précarisation de la population et de "suffocation" des acteurs sociaux.

Mener la politique de sectorisation à son terme pour les médecins rédacteurs, ou "passer de la psychiatrie à la santé mentale", signifie passer d'un travail de soins spécialisés en milieu strictement sanitaire à des actes de prévention, de soins et de réinsertion, associant les savoirs initiés aux savoirs profanes, en milieu sanitaire et dans la communauté par une pratique de réseau "plus que de type institutionnelle".

Le Rapport des Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt a suscité une réaction mitigée de la part de la Fédération Française de psychiatrie, qui regroupe l'ensemble des Associations Scientifiques Nationales en Psychiatrie. En effet, lors de la séance du 19 octobre 2001 du Comité Consultatif de Santé mentale, successeur officiel de la Commission des Maladies Mentales, Nicole Horassius Jarrié, représentante de la Fédération Française de Psychiatrie, rappelle l'accord de la Fédération au Rapport Piel et Roelandt sur la définition d'une sectorisation plus liée à une fonction qu'à des murs, proche de l'idée d'établissement public de santé proposée en 1978 par la Commission des Maladies Mentales. Toutefois, elle juge le texte proposé par les deux psychiatres irréaliste et émet de "sérieuses réserves" en raison de "l'absence de toute référence à la clinique de la maladie mentale", de "l'oubli de la psychopathologie", et "l'irréductibilité de la psychose au social"¹³⁹⁷. Arguant du fait que "ce n'est pas la société seule qui "crée" la pathologie mentale", elle déplore l'absence d'une véritable théorie du soin qui fonde et justifie le système organisationnel proposé. Cette position médiane, qui défend le secteur et le réseau dans l'esprit de ce qui avait été proposé par le Rapport Zambrowski, est partagée par les praticiens de secteur que nous avons rencontrés : il s'agit de ne pas nier l'existence de la maladie mentale, mais d'adhérer à une forme d'organisation se manifestant à travers des expériences de travail en réseau, formalisées juridiquement ou non.

L'expérience récente de la Charte de prévention en santé mentale signée en 1999 entre la Commune de Rillieux-La-Pape et Le Vinatier, qui a formalisé un travail de partenariat entre acteurs sanitaires et non sanitaires fournit un exemple réussi de partage des compétences. Ainsi, les différents membres du personnel du Centre Médico-Psychologique déclarent que "les missions de chacun sont enfin clairement identifiées" grâce à un niveau de secret professionnel partagé "dans le respect des métiers de chacun"¹³⁹⁸. Outre le fait que la Charte signée soit conçue par ses initiateurs comme un moyen de maintenir les postes du secteur¹³⁹⁹, le travail préparatoire à l'invention d'un dispositif de réseau en santé mentale est perçu comme un moyen de

¹³⁹⁷ Séance du 19 octobre 2001 du Comité Consultatif de Santé mentale, Groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale. (Documents DGS).

¹³⁹⁸ Entretien avec Madame Eglantier, assistante sociale.

¹³⁹⁹ Entretien avec le Docteur Ajonc.

redonner une cohésion à l'équipe hospitalière et sensibiliser le politique aux problèmes de santé mentale¹⁴⁰⁰. Le réseau doit permettre de "trouver les moyens qui manquent au secteur d'assurer ce que le secteur assumait jusque-là"¹⁴⁰¹.

Les partisans du réseau, qui ne voient pas d'intérêt à lui opposer le secteur, constatent une paupérisation générale de la pratique psychiatrique, nécessitant un "ailleurs du secteur qui n'est pas forcément dangereux"¹⁴⁰². Mais l'ambiguïté de la formule "Il faut un secteur autrement" laisse penser que c'est contre une dérive néo-aliéniste d'un secteur construit comme appareil que l'exigence fonctionnelle d'une prise en charge dans la cité se porte sur l'idée de réseau. Un secteur autrement, ce serait "un dispositif permettant la prise en charge des gens hors d'une institution, pas entre quatre murs"¹⁴⁰³. Ce qui est nous interpelle ici, c'est l'ambiguïté que révèle le fait de dire dans le même temps "le secteur comme référence, c'est fini" et "Il faut un secteur autrement"¹⁴⁰⁴. Ce paradoxe provient sans doute du fait que le secteur est tantôt restreint dans sa définition à la disparition des murs de l'hôpital, tantôt pensé comme exigence fonctionnelle. L'articulation entre la psychothérapie institutionnelle et le secteur devient alors objet de doute, comme nous le confiait ainsi un chef de service :

"Elle (cette articulation) a l'air d'aller de soi mais en fait j'ai des doutes. L'un a précédé l'autre mais est-ce les mêmes personnes ? Ce mouvement pose une ambiguïté. La psychothérapie institutionnelle qui fonctionne, qui donne des résultats a un inconvénient, elle fonctionne en vase clos et on voit les dérives dans des établissements comme Laborde. Ça fonctionne bien mais dans les murs [...] On se rend compte que la psychothérapie institutionnelle a des limites»¹⁴⁰⁵

Les praticiens formulent une critique relative du Rapport Piel et Roelandt, jugé plus maladroit que néfaste : ce dernier renierait le moment d'une culture, celle de la psychothérapie institutionnelle, qui fit de l'hôpital "un lieu de reconnaissance de la psychose et de son soin, sans seulement tenir compte du rejet social"¹⁴⁰⁶. L'impression d'une histoire raturée ("il fallait vivre avec les patients et utiliser tout ce qui était possible

¹⁴⁰⁰ Intervention du Docteur Tarissan, chef des secteurs 18 et 19 rattachés à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu, "le contexte de l'enquête OMS sur les représentations de la folie", Séminaire "La culture professionnelle en psychiatrie", MiRe/DREES ; GREPH, Institut d'Etudes politiques de Lyon, 14 mars 2003.

¹⁴⁰¹ Ces propos reviennent à un chef de secteur lyonnais à propos du travail préparatoire à un dispositif de réseau en santé mentale dans la ville de Pierre-Bénite, en 2002. Journées d'études "La culture professionnelle en psychiatrie", 12 avril 2003.

¹⁴⁰² Fernando Landazuri, Journée d'étude "La culture professionnelle en psychiatrie", MiRe/DREES ; GREPH, Institut d'Etudes politiques de Lyon, 12 avril 2003.

¹⁴⁰³ Un chef de service dans un secteur parisien, nous livrait récemment son inquiétude quant aux enfermements sous des aspects de libération, et à la dépendance que les soignants et les patients développent progressivement à l'égard de l'hôpital.

¹⁴⁰⁴ Entretien avec le Docteur Safran.

¹⁴⁰⁵ *Ibid.*

¹⁴⁰⁶ Entretien avec le Docteur Armoise.

pour trouver un moyen de soigner"¹⁴⁰⁷) suscite alors l'indignation ("moi, je m'insurge contre Piel et Roelandt qui démolissent tout ce qu'on a fait !").¹⁴⁰⁸

II. Le réseau en actes

La clarification de l'ensemble des conceptions et positions restituées visait à atténuer le brouillage des significations associées à ce terme de réseau. Ainsi, la définition du réseau élaborée par les responsables politiques ne correspond pas à celle, praticienne, car cette dernière ne l'oppose pas au réseau. Dans le discours psychiatrique ordinaire, on distingue le réseau et le secteur uniquement pour contrer une conception qui tendrait les penser en terme de rupture.

Nous formulons l'hypothèse que les représentations du monde psychiatrique sectorisé puisent leur origine dans une pratique concrète ou plus simplement que l'être conscient est le reflet de l'être social. Il nous faut donc dès à présent explorer le réseau "en actes" après l'avoir étudié "en mots". Une incertitude guide cette étape de notre développement. Nous pourrions la formuler en ces termes : une fois reconstituée une définition du réseau issues des pratiques elles-mêmes, devons-nous conclure à sa précarité intrinsèque ou doit-on retenir que ses déficits trouvent leur origine dans une dépendance à un secteur psychiatrique fragilisé ?

Nous verrons essentiellement que la fragilisation du secteur psychiatrique participe à la précarité du réseau, autrement dit que, la "bonne santé" des institutions parties au contrat de réseau, formel ou informel, est une condition de son efficacité. La fragilité du secteur met donc en valeur les caractéristiques propres au réseau : fondé principalement sur des initiatives individuelles, dépourvu de "garanties d'exécution", confronté aux contraintes objectives et symboliques des membres de l'organisation réticulaire, ce mode d'organisation peine à s'institutionnaliser.

A- Un secteur public fragilisé

Plusieurs phénomènes nous invitent à conclure à la fragilisation du travail de secteur psychiatrique : l'augmentation de l'activité de secteur d'une part, l'inachèvement de la sectorisation d'autre part. L'examen des différents indicateurs en matière de démographie et d'équipement devra intégrer ici un souci permanent : en cerner les biais et penser ensemble ceux-ci. Si nous nous penchons sur les contraintes objectives qui pèsent aujourd'hui sur l'exercice public de la psychiatrie, c'est parce que nous voulons montrer que le travail de réseau, tel que les professionnels du secteur le pratiquent, dépend essentiellement de la "santé" du secteur psychiatrique. La fragilisation du secteur public en matière de soins psychiques tend ainsi à précariser le réseau. Toutefois, nous verrons que d'autres facteurs interviennent comme des obstacles au décloisonnement sanitaire et social.

¹⁴⁰⁷ *Ibid.*

¹⁴⁰⁸ *Ibid.*

A-1- L'IMPASSE DÉMOGRAPHIQUE

Pour évaluer l'évolution de l'activité psychiatrique, plusieurs indicateurs existent concernant les patients et le personnel. Il nous semble utile d'interroger leur pertinence d'une part, et de les utiliser conjointement d'autre part afin de mesurer l'évolution de la charge de travail du personnel des secteurs psychiatriques.

1. L'augmentation de l'activité de secteur

Le premier indicateur à disposition est la file active totale¹⁴⁰⁹. En psychiatrie publique, elle a augmenté de 32,4% entre 1993 et 1999. Dans l'ouvrage *La santé mentale des français*, Raymond Lepoutre signale que le nombre de personnes prises en charge entre 1992 et 2000 a augmenté de 46% dans le secteur public¹⁴¹⁰. Sur la file active, un rapport de la DREES établi en 2000 note une forte croissance du nombre moyen de patients suivis par secteur : en 2000, les secteurs de psychiatrie générale ont ainsi suivi 1 150 000 patients (1 387 en moyenne par secteur) soit 62 % de plus qu'en 1989¹⁴¹¹. Cet indicateur mérite d'être affiné puisque le nombre de patients pris en charge ne nous renseigne pas sur le temps qui est consacré à chaque patient. On dispose dès lors de sous-catégories : la file active en ambulatoire, la file active en temps partiel et la file active à temps complet.

La croissance de la file active globale est attribuée d'après la DREES à l'augmentation de la file active ambulatoire, qui a crû de 75 % entre 1989 et 2000¹⁴¹², alors que la file active à temps complet a progressé beaucoup plus lentement (20 % sur la même période) pour constituer en 2000 27 % de l'ensemble des patients. D'après la DREES, le nombre de patients pris en charge augmente donc très fortement et la prise en charge se fait de plus en plus en ambulatoire.

Les rapports annuels du secteur parisien 27 et les documents établis par le Département d'information médicale (DIM) du Centre Hospitalier Spécialisé de Maison Blanche nous ont permis de retracer l'évolution locale de la population suivie par un secteur. La file active totale du secteur 27 est évaluée en 1990 à 618 patients dont un tiers "vus pour la première fois" et 54 "vus une seule fois"¹⁴¹³. En 1999, le rapport établi par le DIM fait état de 1000 patients pour le même secteur dont un tiers "vus pour la première fois"¹⁴¹⁴. Le médecin-chef du secteur 27 nous a donné les chiffres pour l'année

¹⁴⁰⁹ La file active est le nombre de patients pris en charge dans l'année.

¹⁴¹⁰ Raymond Lepoutre, "La santé mentale en chiffres", in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué (dir), *La santé mentale des français*, *op. cit.*, p. 69.

¹⁴¹¹ "les secteurs de psychiatrie générale en 2000", *op. cit.*, p. 14.

¹⁴¹² Graphique 1, *ibid*, p. 8.

¹⁴¹³ Rapport annuel de secteur établi le 24 janvier 1991.

¹⁴¹⁴ Rapport Fiche patient 1999, DIM Maison-Blanche, p. 3.

2003 : la file active s'élève à 1120 patients dont un tiers "vus pour la première fois"¹⁴¹⁵. On constate donc que, en 12 ans, la file active totale a doublé, ce qui suit l'évolution générale décrite par la DREES, et que chaque année en moyenne, un tiers des patients suivis sont nouveaux.

En revanche, la part des patients pris en charge en ambulatoire est remarquablement stable par rapport à la file active totale, ce qui infirme l'explication proposée par la DREES. En effet, alors qu'en 1990, 351 patients sont suivis exclusivement en ambulatoire¹⁴¹⁶ et 253 exclusivement à temps complet sur une file active totale de 618 patients, en 2003, sur 1120 patients au total, 652 patients sont pris en charge exclusivement en ambulatoire et 253 exclusivement à temps complet¹⁴¹⁷. Une telle comparaison indique que la part des patients exclusivement pris en charge en ambulatoire est stable, que la part relative des patients pris en charge exclusivement à temps complet diminue et que la part des patients bénéficiant d'une prise en charge mixte augmente. En effet, cette part représente en 1990 un douzième de la file active totale et en 2003, un sixième ; elle double donc en l'espace de 12 années mais représente toujours la même proportion de la file active globale¹⁴¹⁸.

Le nombre de patients, quelle que soit leur prise en charge, ne nous renseigne pas sur la durée de la prise en charge. La durée moyenne de séjour, déjà évoquée, est un indicateur utile, si l'on reste prudent quant à sa construction.

D'après un rapport de la DREES¹⁴¹⁹, la durée moyenne de séjour est en nette diminution depuis une dizaine d'années : elle est évaluée à 86 jours en 1989 contre 45 jours en 2000. Le rapport annuel du secteur 27 à Paris pour l'année 1990 ne calcule pas la durée moyenne de séjour. En revanche, le Rapport du Département d'information médicale de Maison Blanche établi en 1992 l'intègre mais en pointe les biais : la durée moyenne de séjour intègre les 10% de patients qui totalisent 45% du nombre total de journées d'hospitalisation. La DIM choisit en conséquence d'évaluer une "durée moyenne de séjour courante" qui exclut ces patients au long cours. Elle s'élève alors à 48,6 jours.

Cependant, ce chiffre ne rend pas compte des patients réhospitalisés plusieurs fois dans la même année. Pour remédier à un tel biais, le Département d'Information Médicale crée la catégorie "Durée moyenne de séjour 'séjours cumulés'", indice beaucoup plus fin pour apprécier le temps passé par chaque patient dans l'institution psychiatrique. Cet indicateur s'élève alors à un peu plus de 82 jours¹⁴²⁰. Cinq ans après, le DIM évalue à

¹⁴¹⁵ Rapport annuel de secteur, secteur 27, année 2003.

¹⁴¹⁶ Rapport annuel de secteur, secteur 36 (actuellement 27), Maison-Blanche, 24 janvier 1991.

¹⁴¹⁷ Rapport annuel de secteur, secteur 27, année 2003.

¹⁴¹⁸ En 1990, 43 patients sur une file active de 618, ne sont ni pris en charge exclusivement à temps complet ni en ambulatoire ; en 2003, cela concerne 214 patients sur une file active de 1120. Rapport annuel de secteur, secteur 36 (actuellement 27), Maison-Blanche, 1991 et Rapport de secteur pour l'année 2003.

¹⁴¹⁹ "les secteurs de psychiatrie générale en 2000", *op. cit.*, p. 12.

82,7 cette durée de séjour reconstituée par addition des séjours cumulés pour un même patient. Et en 1999, elle est évaluée à 68,5 journées. La durée de séjour "courante" est évaluée entre 36 et 38 jours, soit dix jours de moins qu'en 1992. Ces données imposent deux conclusions : l'évaluation nationale de la durée moyenne de séjour doit être relativisée compte tenu des réhospitalisations fréquentes du même patient au cours d'une année ; la diminution de la durée de séjour reconstituée est moins forte que celle de la durée moyenne de séjour traditionnellement énoncée dans les rapports nationaux, ce qui prouve la fréquence des réhospitalisations pour un même patient.

Puisque l'on s'est fixé comme objectif d'apprécier l'évolution de l'activité de secteur, il convient d'intégrer à notre analyse le volume du personnel soignant et son équivalent en temps plein.

En 1984, 500 à 600 postes de psychiatres sont vacants dans le service public¹⁴²¹. Le nombre de postes vacants se maintient puisque, en 1993, le nombre de postes budgétés était de 3206 et celui des postes occupés de 2979 ; en 1995, ces chiffres s'élèvent respectivement à 3367 et 3015¹⁴²². En 1998, il y a 583 postes vacants¹⁴²³. Ces données indiquent que le nombre de psychiatres par secteur n'augmente pas.

Concernant les internes, toutes spécialités confondues, leur nombre global est passé de 29 000 en 1984 à 13 000 en 2000 ; la psychiatrie publique voit ses "équivalents temps-plein" (ETP) en internes par secteur baisser selon la même proportion (2,1 ETP internes en 1989 à 0,9 en 2000)¹⁴²⁴. S'agissant du nombre d'attachés, la diminution du nombre d'attachés semble spécifique à la psychiatrie, aussi bien en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile (0,8 attachés par secteur à 0,4 en 2000)¹⁴²⁵.

Au sein du personnel non médical, ce sont les infirmiers, cadres supérieurs de santé, agents des services hospitaliers dont les effectifs ont le plus décréû (-11 à -55 % en onze ans selon les catégories)¹⁴²⁶. Cependant, l'indicateur du volume en personnel médical et non médical nous renseigne peu. Il convient donc de prendre en compte un autre

¹⁴²⁰ Le Rapport de la DIM ne donne pas un chiffre précis mais un graphique nous permettant de donner une "fourchette" entre 82 et 83 jours.

¹⁴²¹ Rapport Zambrowski, *op. cit.*, p. 52. Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux est favorable à l'activité privée des praticiens hospitaliers temps plein et à l'intégration des psychiatres à temps partiel sous réserve qu'ils ne soient pas chefs de service, Docteur Reynaud, Compte-rendu de la réunion du groupe de travail présidé par Zambrowski, sur "La collaboration entre secteurs privé et public", 16 octobre 1986, p. 9 (Documents DGS).

¹⁴²² Raymond Lepoutre, *La santé mentale des français, op. cit.*, p. 73.

¹⁴²³ JO des postes vacants du 18 février 1999.

¹⁴²⁴ "les secteurs de psychiatrie générale en 2000", *op. cit.*, p. 26.

¹⁴²⁵ *Ibid.*

¹⁴²⁶ *Ibid.*

indicateur : l'équivalent temps plein.

D'après les services de la DREES, le nombre d'équivalents temps plein en personnel médical est relativement stable entre 1989 et 2000, alors que celui des personnels non médicaux a diminué de 8 % sur la période. Seuls les psychologues, les aides-soignants et les secrétaires médicales ont vu leur nombre d'"équivalents temps-plein" augmenter sensiblement sur la période¹⁴²⁷.

Nous proposons d'approfondir la question en rapportant la valeur de l'Equivalent temps plein au volume de patients et/ou d'actes par catégorie professionnelle, d'après les données concernant le secteur 27.

Le Rapport établi par le Département d'Information Médicale de Maison-Blanche en 1999 opère la comparaison des "équivalents temps-plein" entre 1993 et 1999. On note une relative stabilité des ETP médecins (8,7 en 1993 et 8,05 en 1999), qui perdure aujourd'hui au vu du rapport de secteur pour l'exercice 2003, qui évalue l'ETP médecins (psychiatres et internes) à 8,6¹⁴²⁸.

En revanche, le nombre de patients vus par chaque médecin augmente (630 en 1995 et 717 en 1999)¹⁴²⁹. Concernant les ETP "psychologues", ils sont remarquablement stables autour de 1,5 entre 1993 et 2003. Les assistantes sociales du secteur connaissent la même stabilité autour de 3 ETP. En revanche, la file active concernée par les psychologues passe de 33 à 126 patients entre 1993 et 1999 et celle suivie par les assistantes sociales dans le même temps augmente de 180 à 217 patients. Enfin, si le chef de service ne déclare pas de poste médical vacant, force est de constater que le rapport de secteur fait en effet état en 2003 de 5 postes infirmiers et cadres infirmiers temps plein vacants depuis plus d'un an. Toutes ces données invitent à conclure que l'activité par ETP augmente.

La DREES note en 2000 que la valeur de l'ETP est fonction du nombre de lits d'hospitalisation complète¹⁴³⁰. Cette tendance n'est pas sans rappeler l'obstacle qu'a pu

¹⁴²⁷ p. 26.

¹⁴²⁸ Ceci s'explique sans doute par le fait que la pénurie de psychiatres hospitaliers se fait moins sentir à Paris qu'en Province, et de manière générale, moins dans les grandes villes qu'en au milieu rural.

¹⁴²⁹ Un autre indicateur nous renseigne sur l'augmentation de l'activité médicale : la densité d'actes par ETP médical passe de 915,6 en 1995 à 1325,3 en 1999 (Rapports annuels de secteur, secteur 27).

¹⁴³⁰ Le Rapport de la DREES indique que : "les effectifs totaux en personnel non médical varient de 59,4 ETP en moyenne dans les CH à 68,3 dans les CHR et 88,4 dans les CHS à 100,4 dans les établissements privés spécialisés participant au service public. Ces différences sont très marquées pour le personnel infirmier entre établissements spécialisés ou généraux, avec plus de 60 ETP dans les CHS, et les établissements privés spécialisés participant au service public et 41 ou 43 ETP dans les CH ou CHR. Elles sont en grande partie liées aux écarts de capacité en lits d'hospitalisation temps plein. Ainsi, dans les secteurs comptant moins de 50 lits, l'effectif de personnel non médical est de 59,3 ETP, il atteint 85,5 dans les secteurs de 50 à 100 lits et 145,8 ETP dans les secteurs de plus de 100 lits. Or, 62 % des secteurs rattachés à des CH et CHR comptent moins de 50 lits, contre 44 % des secteurs rattachés à des CHS et 26 % des secteurs rattachés à des établissements privés spécialisés participant au service public ("les secteurs de psychiatrie générale en 2000", *op. cit.*, p. 26).

constituer dans les années 1970 l'absence de budget hospitalier global pour le développement du secteur. Ici, une analogie s'impose : le développement de l'extra-hospitalier donc des soins ambulatoires pénalise les équipes en terme de personnel car l'indice des lits d'hospitalisation à temps complet définit en pratique le volume d'ETP.

Sur le terrain, le sentiment de devoir faire plus, malgré un personnel qui stagne ou baisse en volume, est unanime. Les années 1970 et le début des années 1980 apparaissent comme la période la plus "confortable" en terme de personnel, comme le souligne cette psychiatre :

"En fait, dans les années 1970, l'idée de continuité, ça a donné les secteurs, les CMP et le rapprochement des lieux d'habitation. On a eu des moyens supplémentaires à ce moment-là. Quand j'ai commencé début 82, il y a eu un doublement des postes" ¹⁴³¹ .

Le manque de psychiatres a pour conséquence le recrutement de psychiatres étrangers pour des contrats à durée déterminée. Dans le CMP parisien que nous avons étudié, ce sont surtout des psychiatres du Maghreb ou du Moyen Orient, moins bien rémunérés que les psychiatres français, qui compensent la pénurie de médecins. Leur temps de passage est court, ce qui compromet largement la continuité des soins pour les patients ¹⁴³². Le recours à des médecins généralistes dans des institutions psychiatriques est une autre solution choisie pour faire face à la pénurie de psychiatres : c'est le cas à Saint Cyr au Mont d'Or et à l'Unité médicale d'Accueil du Vinatier.

Concernant les infirmiers psychiatriques, la pénurie en personnel par rapport aux besoins est chronique depuis le début des années 1990. Ainsi, leur nombre a augmenté constamment jusqu'en 1990 ¹⁴³³ ; en 1995, les infirmiers psychiatriques sont 56 520 ; en 2001, 50 528 ¹⁴³⁴.

Cette évolution est confirmée localement par les acteurs de la psychiatrie. Un psychiatre constatait ainsi que «les infirmiers, on en trouve plus» ¹⁴³⁵ ; les propos d'un

¹⁴³¹ *Entretien avec le Docteur Armoise.*

¹⁴³² Monsieur Gasser, Président de l'UNAFAM, dénonçait en 1986 l'abus manifeste de l'utilisation des internes, et estimait que les changements fréquents des personnels constituaient un "accroc certain au principe de la continuité des soins", Compte-rendu de la réunion du groupe de travail présidé par Zambrowski, sur "la collaboration entre les secteurs privé et public", 16 octobre 1986, p. 10.

¹⁴³³ Les infirmiers psychiatriques étaient 33 106 en 1971, et 52 512 en 1978 d'après l'INSERM (L. Colonna, J.L. Luaute, E. Zarifian, Réflexions sur l'évolution de la psychiatrie en France au cours des dix prochaines années, Document DGS, novembre 1998, p. 3). Ils sont 58000 en 1984 alors qu'une enquête DGS évalue le besoin à 60000 infirmiers psychiatriques ("L'évolution du système public de santé mentale", compte-rendu de la réunion du 30 octobre 1986 présidé par le Docteur Zambrowski, Document DGS, p. 3). En 1987, il y a 237 048 infirmiers d'Etat ou autorisés dont 60 477 sont des infirmiers psychiatriques (*Chiffres et indicateurs départementaux CID 1990*, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, DRASS, 1990, pp. 100-101).

¹⁴³⁴ *Répertoire ADELI- DRASS, 2001*. Le répertoire ADELI recense l'ensemble des professions de santé réglementées par le code de la santé, de la famille et de l'aide sociale.

cadre de santé officiant dans le même service étaient de nature à conforter ce constat :

"Sur le Vinatier, il y a 40 postes infirmiers vacants. On a supprimé un tiers des postes d'encadrement pour les infirmiers. Il reste un ou deux postes comme ça. On avait plus de surveillants sur l'extra-muros avant. On a une demi-douzaine de structures pour un surveillant infirmier. Quand j'étais infirmier, on était 17 par équipe sur une unité de soins... autrefois" ¹⁴³⁶

Face au problème de démographie professionnelle en psychiatrie publique, les psychiatres réunis en groupe de travail lors des Journées du Livre Blanc de la Psychiatrie préconisent des mesures incitatives diverses (exercice dans des zones défavorisées en offre psychiatrique, *numerus clausus* en fonction des densités médicales, par spécialité, par spécificités locales, etc.) ¹⁴³⁷. Le Comité consultatif de santé mentale préconise donc de limiter les effets conjoints de la baisse de la démographie médicale et paramédicale et de l'inégale répartition des professionnels sur le territoire ¹⁴³⁸.

2. Le rapport public/privé

Compte tenu des promotions de psychiatres dans les années 1970, vers 2010, moins d'un psychiatre du public pourra être remplacé ¹⁴³⁹. Pour les Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, la pratique publique psychiatrique dans son ensemble serait remise en cause par la réduction démographique des psychiatres de secteur ¹⁴⁴⁰. Le nombre de personnes prises en charge entre 1992 et 2000 a augmenté de 17% chez les psychiatres libéraux et de 46% dans le secteur public ¹⁴⁴¹.

¹⁴³⁵ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁴³⁶ **Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.**

¹⁴³⁷ Compte rendu des Journées *Livre Blanc de la Psychiatrie*, Fédération Française de Psychiatrie, Groupe de travail "Ressources humaines, structures et moyens", coordinateurs : H. Bokobza, Ch. Alezrah, 15 et 16 mars 2002, *op. cit.*, p. 13.

¹⁴³⁸ "Recommandations", Comité consultatif de santé mentale réunion du 19 octobre 2001, Groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale mis en place par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Hospitalisation dans le cadre des protocoles d'accord gouvernement-syndicats de mars 2000, p. 8 (Documents DGS).

¹⁴³⁹ Compte-rendu des Journées du *Livre blanc de la psychiatrie*, 15 et 16 mars 2002, *op. cit.*, p. 11.

¹⁴⁴⁰ Jean-Luc Roelandt précise dans son rapport que le secteur a émergé quand les psychiatres étaient quasiment tous publics, et que rien ne présageait une installation massive en libéral, installation qui s'est produite à partir des années 1980. Les psychiatres publics ont été depuis lors très sollicités pour développer une pratique de consultation gratuite, ouverte à tous, hors les murs de l'hôpital. De nombreux médecins généralistes se sont plaints de ne plus voir leur malade quand ils l'envoyaient chez le psychiatre public. Dès lors, "le patient bénéficiait d'un réseau en intra, avec la même équipe, dedans et dehors, souvent mono-référencée. D'où l'accusation faite par certains à l'époque d'une "psychiatisation et d'une "néo-asilification" de la société (Docteurs Piel et Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, juillet 2001, *op. cit.*, p. 23).

¹⁴⁴¹ "L'offre de soins en psychiatrie : des modèles différents selon les départements. Etudes et résultats", DREES, n°48, janvier 2000, in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué (dir), *La santé mentale des français*, *op. cit.*, p. 69.

Le nombre global de psychiatres n'a jamais cessé d'augmenter. En effet, alors qu'il y avait en 1973, 3000 psychiatres au total, on en dénombre 7714 en 1984, soit 1245 de plus que l'année précédente (19,2%)¹⁴⁴². Il sont plus de 13000 au début des années 2000¹⁴⁴³. Nous allons tenter de retracer l'évolution du rapport entre les professionnels du secteur privé et ceux rattachés au public.

Les chiffres du Conseil de l'Ordre entre 1952 et 1967 montrent une augmentation de 666 neuro-psychiatres qualifiés à 1458 mais les listes du conseil de l'Ordre comportent alors des médecins non-psychiatres comme les neurologues purs ou neuro-chirurgiens et ne comptabilisent pas les psychiatres qui n'ont pas été qualifiés au regard des règlements de la Neuro-Psychiatrie. Le Syndicat des Psychiatres Français évalue à 700 le nombre de psychiatres du service public à temps plein en 1969 et à environ 1200 le nombre de psychiatres privés dont un tiers environ travaillent à temps partiel dans le service public, auxquels il faut ajouter 8 à 900 internes la même année.

En 1973, 176 postes d'internes en psychiatrie sont pourvus par an. Le nombre de postes mis au concours de l'internat de psychiatrie passe à 1406 entre 1980 et retombe à 300 en 1987; en 1983, on compte finalement 2250 psychiatres hospitaliers titulaires, 854 attachés, 1241 vacataires (soit 503 ETP)¹⁴⁴⁴. Les psychiatres hospitaliers à temps plein, représentent en 1984 une écrasante majorité sur le total des psychiatres de service public (200 psychiatres à temps partiel). Un peu plus de 50% des psychiatres sont praticiens d'exercice libéral¹⁴⁴⁵.

Le tableau suivant mesure notamment la part de l'exercice mixte de la psychiatrie (28,38%) en 1997 :

Tableau 11 Répartition des modes d'exercice de 11 816 psychiatres au 30/09/97*

¹⁴⁴² Conseil de l'Ordre, Juillet 1985, in Compte-rendu de la réunion du groupe de travail présidé par le Docteur Zambrowski, sur "La collaboration entre secteurs privé et public", 16 octobre 1986, p. 3 (Documents DGS).

¹⁴⁴³ On compte 13254 psychiatres en 2002 (*Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*, DREES, La documentation française, 2000, p. 191).

¹⁴⁴⁴ Pour l'année 1984-1985 723 postes sont ouverts au concours, Compte-rendu de la réunion du groupe de travail présidé par Zambrowski, sur "La collaboration entre secteurs privé et public", 16 octobre 1986, p. 2 (Documents DGS). L'internat passe de 3 à 4 ans en 1985.

¹⁴⁴⁵ *Ibid.*

Mode d'exercice	Nombre	Pourcentage	Mixte	Nombre	Pourcentage
public exclusif	4 813	40,73 %	lib. et sal. assoc.	889	7,52 %
pub. et consult. pr.	130	1,10 %	lib. et PH tps partiel	538	4,55 %
hospitalo-univ.	174	1,47 %	lib. et att.	1 078	9,12 %
libéral exclusif	2 334	19,75 %	lib. et clin. pr.	603	5,10 %
salarié exclusif	338	2,86 %	sal. et clin. pr.	6	0,05 %
			sal. et att.	48	0,41 %
ne se prononcent pas	674	5,70 %	pub. et sal.	191	1,62 %
TOTAL	11 816	100 %	TOTAL	3 353	28,38 %

Sources : La Lettre de Psychiatrie Française, n° 68, octobre 1997, p. 3.

En 1999, il y en a 13200 dont 6300 en libéral, 1800 en exercice mixte et 6900 salariés dont 88% ont une activité hospitalière. En 2002, les psychiatres hospitaliers représentent un quart des psychiatres¹⁴⁴⁶.

Nous souhaitons saisir une évolution mais il semble difficile de comparer des données qui groupent différemment les psychiatres selon leur mode d'exercice car le répertoire ADELI regroupe sous la catégorie "psychiatre libéral" des activités exclusivement libérales ou mixtes¹⁴⁴⁷ : "tout praticien exerçant au moins une activité en clientèle privée à l'exception des médecins hospitaliers assurant des consultations privées à l'hôpital" ce qui permet difficilement une comparaison avec le tableau ci-dessus. De la même façon, la catégorie "psychiatre salarié exclusif" désigne tout praticien exerçant en établissement d'hospitalisation, en établissement médico-social, en centre de soins ou en centre de recherche d'enseignement¹⁴⁴⁸, ce qui empêche une comparaison rigoureuse. Un autre biais s'ajoute à cela : les répertoires ADELI dont gérés par les DDASS qui doivent les mettre à jour annuellement mais dans la pratique, les médecins salariés ne s'inscrivent pas tous dans les répertoires ADELI. Des écarts importants apparaissent ainsi entre les statistiques de l'Ordre, du Ministère et de l'INSEE.

En 2001, le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le Secrétaire d'Etat à la santé chargent les Professeurs Nicolas et Abenhaim d'établir chacun un rapport sur la démographie des praticiens hospitaliers. Ils concluent au nombre suffisant de psychiatres mais au déséquilibre de la répartition entre secteur privé et secteur public¹⁴⁴⁹. La Direction

¹⁴⁴⁶ On compte alors 3250 psychiatres hospitaliers sur un total de 13254 psychiatres (*Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*, DREES, La documentation française, 2000, p. 191).

¹⁴⁴⁷ Il l'évalue à 6295 en 1997, et 6358 en 2001.

¹⁴⁴⁸ Elle est évaluée à 4881 en 1995, 5236 en 1997 et 5824 en 2001.

¹⁴⁴⁹ D'après le Rapport Nicolas par exemple, on passe de 7540 psychiatres en 1987 à 11511 en 1997 mais 583 postes de praticiens hospitaliers sont vacants en 1999 et 55% des psychiatres ont une activité de praticiens libéraux, soit en cabinet, soit en hospitalisation privée. Guy Nicolas, Michèle Duret "Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale", juin 2001, www.sante.gouv.fr.

Générale de la Santé fait le même bilan puisqu'elle constate en juin 2001 que "des spécialités pléthoriques en secteur libéral peuvent être déficitaires en secteur hospitalier (cas de la psychiatrie)"¹⁴⁵⁰.

Les scénarii construits à numerus clausus constant et options de choix constant des internes, prévoient une diminution de 12% en psychiatrie d'ici à 2010. La remontée du numerus clausus est donc jugée par la Direction Générale de la Santé GS "indispensable pour retrouver un niveau global de densité qui rende possibles les actions corrigeant les disparités constatées"¹⁴⁵¹. Mais le nombre de médecins ne semble pas être le problème principal pour cette Direction qui affirme: "l'exemple de la psychiatrie montre qu'une pléthore relative peut s'accompagner de pénuries. La principale question n'est donc pas le nombre de médecins"¹⁴⁵².

Une seconde solution à cumuler avec la hausse du numerus clausus consisterait donc dans des "passerelles, complémentarités entre spécialités médicales, et substitutions entre professionnels de santé"¹⁴⁵³.

En 2003, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux renouvelle son "cri d'alarme à propos de l'évolution démographique" et exige une large ouverture du numerus clausus et le doublement du nombre d'internes en psychiatrie dès 2004"¹⁴⁵⁴. La revalorisation du statut de psychiatre passe également pour le Syndicat par une opposition à la contractualisation des carrières de praticien hospitalier, la création d'un statut unique de praticiens hospitalier étant justifiée par la mission unitaire des secteurs de psychiatrie.

Le nombre de diplômés en psychiatrie est en effet maintenu depuis 1998 à 176, chiffre identique à celui de 1976, qui ne permettra pas de compenser les départs en retraite, d'autant que les psychiatres sont, parmi les médecins, ceux dont la moyenne d'âge est la plus élevée (48 ans). Le rapport Cléry-Melin, Kovess, Pascal propose en 2003, pour répondre au problème de démographie des psychiatres, de remonter le numerus clausus en psychiatrie :

"La spécialité sera dans les premières touchées par les effets du numerus clausus. Dès 2012, une diminution de 12 % du nombre de psychiatres est quasi inéluctable compte tenu des choix déjà opérés et d'un délai minimum de 11 ans avant qu'ils ne se matérialisent. En conservant un nombre de 176 DES en psychiatrie, la diminution du nombre de psychiatres serait d'environ 40 % (- 5398) à l'horizon 2020 (où il ne resterait plus que 7856 psychiatres). Cette diminution importante du nombre de spécialistes compromet la réalisation des missions que

¹⁴⁵⁰ "Perspectives de la démographie médicale", Synthèse du Rapport de la Direction Générale de la Santé, juin 2001, www.gouv.fr

¹⁴⁵¹ *Ibid.*

¹⁴⁵² *Ibid.*

¹⁴⁵³ *Ibid.*

¹⁴⁵⁴ Motion 2, Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, Assemblée Générale de Tours, 1^{er} Octobre 2003.

nous préconisons pour la psychiatrie. Il est donc souhaitable de procéder au plus vite à l'augmentation du nombre d'étudiants en DES de psychiatrie : en complément de l'augmentation d'un nombre d'étudiants de P2, il convient de remonter progressivement le *numerus clausus* en psychiatrie à 350 jusqu'en 2010».¹⁴⁵⁵

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux accueille favorablement cette proposition : "c'est la première fois que des mesures autoritaires sont proposées pour l'organisation du service public" indique ainsi Pierre Faraggi, Président du Syndicat¹⁴⁵⁶.

En outre, s'agissant de l'inégale répartition des psychiatres sur le territoire, le Rapport de 2003, qui se prononce contre la transformation statutaire du praticien hospitalier¹⁴⁵⁷, d'encourager l'implantation de psychiatres dans les zones défavorisées. Il envisage donc de résoudre le problème de répartition des psychiatres sur le territoire national, et entre l'exercice libéral et public, par une "politique de rémunération motivante dans le service public"¹⁴⁵⁸. Il s'agit en outre de résoudre le problème de démographie médicale dans le public, "sans augmentation de lits dans le secteur public", "d'améliorer la dynamique de complémentarité et de coopération public/privé sur un territoire de santé" par la prise en charge coordonnée de certains besoins d'hospitalisation jusque là supportés exclusivement par les établissements publics (par exemple, participation, par convention ou dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à la prise en charge des hospitalisations sous contrainte)¹⁴⁵⁹ ..

Selon la Secrétaire Générale du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, la position du Ministère est dangereuse car elle réduit "la problématique de la psychiatrie à celle d'une répartition géographique des psychiatres"¹⁴⁶⁰.

¹⁴⁵⁵ Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, "Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale", Rapport remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2003, p. 21.

¹⁴⁵⁶ www.psychiatrie.com

¹⁴⁵⁷ Il s'agit d'éviter "une transformation lourde du statut de Praticien Hospitalier", Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, *op. cit.*, p. 23.

¹⁴⁵⁸ Il est proposé, à l'instar de ce qui a été fait pour d'autres professions de la fonction publique, "d'attribuer un complément de rémunération sous forme Nouvelle Bonification Indiciaire, comptant pour les Droits à la retraite. Il est suggéré que l'effectif budgétaire traduit en ETP d'un secteur de santé mentale soit limité à 10 au maximum et à 4 au minimum, dans un premier temps, pour progressivement rechercher une moyenne de 5 à 7 praticiens sur une période de 5 à 10 ans", l'octroi d'une rémunération complémentaire "répondra aux sujétions plus importantes et aux conditions de travail plus difficiles que génère un effectif de psychiatres moins important qu'un autre pour une même population" A cela, s'ajouterait "une prime d'installation⁸ dans les mêmes conditions que celles prévues par l'arrêté du 29 avril 1999" et "une prime multi-sites" concernant les médecins exerçant au moins 2 demi journées par semaine sur plusieurs sites différents. Il s'agit d'autre part de mettre en place, pour l'activité libérale, un *numerus clausus* à l'installation dans les régions en sureffectif (Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, "Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale", *op. cit.*, pp. 22-24).

¹⁴⁵⁹ Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, *op. cit.*, p. 29.

Pour Nicole Koechlin, psychiatre dans 5ème secteur psychiatrique de Paris, s'exprimant au Forum Social Européen de 2003, sur un plan général, le Rapport dit "Cléry-Melin" paraît "paradigmatique des dérives actuelles de la société et du fait politique". D'après cette psychiatre, c'est le secteur comme base d'action et de pensée qui serait "attaqué insidieusement" depuis quelques années, malgré quelques bonnes propositions et de bonnes intentions des rédacteurs. La critique formulée s'élargit alors à la politique de santé mentale. Il nous a semblé utile d'en reproduire une partie importante parce qu'elle dénonce le désaccord entre une culture psychiatrique de secteur historiquement constituée et le Rapport le plus récent commandé par les pouvoirs publics :

«Ce rapport est a-théorique, an-historique et déproblématisé. Ainsi les théories différentes qui font la richesse et le dynamisme de la psychiatrie française sont passées sous silence ; les références cliniques, par exemple, sont nord-américaines avec leur postulat a-théorique [...] An-historique : pas de rappel sur cette histoire du secteur qui structure depuis 40 ans la psychiatrie française. On voit surgir dans ce rapport des dispositifs qui n'ont aucune cohérence par rapport à ceux déjà en place, un psychiatre coordonnateur, des super-centres medico-psychologiques, intitulés CMP-ressource territorial, correspondant à un découpage administratif déconnecté de la réalité, où plane la figure allégorique de l'Urgence, et celle de l'Homme providentiel. On retrouve enfin l'absence de problématisation, cette façon très bureaucratique d'énumérer les concepts, sans les mettre en rapport, sans les faire jouer dialectiquement. [...] Ce rapport est un objet étrange, une sorte de rapport technique ; il ressemble à un protocole. Non un projet de politique de santé, mais un travail d'expertise. Comme si nous avons perdu les leviers de l'action politique, qui ne se conçoit plus qu'en termes scientifiques dont la traduction en actes est protocole, programme, procédure. Il est bien représentatif de la façon biaisée dont nos représentants politiques abordent les problèmes de la société. A travers ce cas particulier de la psychiatrie, ce qu'il faut combattre c'est l'illusion antidémocratique».¹⁴⁶¹

A-2- UN SECTEUR INACHEVÉ

En 2000, la France est divisée en 830 secteurs de psychiatrie générale, soit en moyenne un secteur pour 54 000 habitants âgés de plus de 20 ans. La majorité (56 %) des secteurs sont rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (ex-CHS), 36 % à un établissement public de santé non spécialisé, 8 % à un établissement privé de santé spécialisé participant au service public et financé, comme les établissements publics, par dotation globale¹⁴⁶². Une telle photographie ne nous apprend rien sur l'évolution du rapport entre l'extra et l'intra-hospitalier. C'est pourquoi nous avons choisi de retracer l'évolution du nombre de lits et places, pour mesurer le développement des

¹⁴⁶⁰ Nicole Garrec, Secrétaire Générale du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, Rapport moral, 8 octobre 2001.

¹⁴⁶¹ Nicole Koechlin, "Rapport Cléry-Melin, Viviane Kovess, Jean-Charles Pascal :Vers une société compliant...", Forum social Européen 2003, Initiative Santé mentale, www.serpsy.org/FSE/koechlin_rapportcm.html

¹⁴⁶² "Les secteurs de psychiatrie générale en 2000", op. cit., p. 7.

structures alternatives à l'hospitalisation.

1. Une baisse globale des lits et places

Selon un rapport de la DREES, il y a en 2000, 43 000 lits d'hospitalisation temps plein soit en moyenne 54 lits par secteur ; les trois quarts des lits sont implantés géographiquement sur le site d'un établissement spécialisé (CHS ou HPP)¹⁴⁶³. Entre 1970 et 2000, 125 000 lits en psychiatrie ont été supprimés. Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein est passé de 84 000 en 1987 à 43 000 en 2000, soit une baisse de 49 % en treize ans. Dans le même temps, le nombre de patients hospitalisés a poursuivi sa croissance¹⁴⁶⁴.

En 2001, on compte plus de 64 000 lits d'hospitalisation psychiatriques répartis de la manière suivante : 50% dans le public, 20% en cliniques privées, 19% en hôpital général, et 11% en Hôpital psychiatrique privé¹⁴⁶⁵.

D'après l'Annuaire des Statistiques Sanitaires et Sociales¹⁴⁶⁶, le nombre de lits d'hospitalisation psychiatrique complète dans le public baisse de 27% entre 1991 et 1997 (68600 à 50 018). Cela ne se traduit pas par une augmentation du nombre de lits dans le secteur privé puisque, durant la même période, le nombre de lits dans le privé baisse de 20,7%¹⁴⁶⁷. La part du nombre de lits dans le public par rapport au privé ne change donc que très légèrement : la disparition de 18 582 lits dans le public n'est pas compensée par les 4722 lits créés dans le privé. La baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète est générale : entre 1997 et 2001 par exemple, ce nombre baisse de 14,5% dans le public et de 13,6% dans le privé¹⁴⁶⁸.

Cet exercice de comptabilisation ne servirait à rien si l'on ne s'attardait pas sur l'évolution du nombre de places (hospitalisation de jour ou de nuit).

Pour comparer ce dernier à l'évolution du nombre de lits en hospitalisation complète, nous disposons des chiffres de 1995 à 2001 en France métropolitaine pour le privé et le public cumulé, reproduits dans le tableau suivant.

Titre tableau : Evolution du nombre de lits et place en psychiatrie¹⁴⁶⁹

¹⁴⁶³ Il y a 94 lits d'hospitalisation complète par secteur en 1989 et 69 lits en 1995. Le nombre moyen de lits par secteur varie fortement selon la catégorie de l'établissement de rattachement : en moyenne 72 lits pour les Hôpitaux privés faisant fonction de publics, 56 pour les Centres Hospitaliers spécialisés, 47 pour les Centres Hospitaliers régionaux, 40 pour les Hôpitaux généraux ("les secteurs de psychiatrie générale en 2000", *op. cit.*, pp. 19-20).

¹⁴⁶⁴ Ils sont 250354 en 1989 et 294483 en 2000 ("les secteurs de psychiatrie générale en 2000", *op. cit.*, pp. 19-20).

¹⁴⁶⁵ Pierre Faraggi, "Hospitalisation à temps plein en psychiatrie", *L'information psychiatrique*, volume 79, n°1, janvier 2003, p. 45.

¹⁴⁶⁶ SESI, 1998, p. 220.

¹⁴⁶⁷ Il passe de 27 500 à 22 778 (SESI, 1998, p. 220).

¹⁴⁶⁸ DRASS, SAE, chiffres au 1^{er} janvier 2001.

De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Psychiatrie infanto-juvénile :							
lits	2986	2629	2513	2444	2346	2390	2345
places	8477	8520	8679	8913	8629	8582	8598
Psychiatrie générale :							
lits	75304	73147	70287	67685	65136	63089	60055
places	17263	18820	18957	19385	18282	18263	17389

On enregistre d'après ce tableau une baisse du nombre de lits en psychiatrie générale et infanto-juvénile entre 1995 et 2001 de 20,3%, et en nombre de places, une hausse d'à peine 0,1%. En 1999, les services statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité reconnaissent d'ailleurs que la baisse des capacités d'hospitalisation complète n'est que partiellement compensée par "la création de places orientées vers l'activité hospitalière"¹⁴⁷⁰.

Si une bonne partie des patients hospitalisés à temps plein ne se retrouve pas placés, on peut supposer qu'ils sont désormais hébergés dans des structures médico-sociales, sauf à considérer qu'ils sont tous guéris, ce qui nous semble peut vraisemblable. Il nous a donc paru d'examiner l'évolution du nombre de lits en hébergement médico-social.

D'après l'Annuaire des Statistiques Sanitaires et Sociales¹⁴⁷¹, le nombre de lits en hébergement médico-social dans le public diminue de 8,2% entre 1991 et 1997 (de 110933 à 101816). Dans le même temps, le nombre de lits d'hébergement médico-social dans le privé passe de 1517 à 2767 soit une augmentation de 1250 lits alors que le nombre de lits dans le public baisse de 9117 lits. La baisse du nombre de lits dans le médico-social public n'est donc pas compensée par une augmentation dans le privé. Plus globalement, dans le privé et le public, le nombre total de lits en hébergement médico-social baisse sur entre 1991 et 1997 de 112 450 à 104 583 (6,9%)¹⁴⁷². Compte tenu du manque de données plus récentes, nous nous sommes penchés sur l'évolution particulière du secteur parisien qui a constitué une partie de notre terrain de recherche.

Force est alors de constater que le secteur parisien 27 connaît une évolution identique aux tendances nationales. En effet, le nombre de lits d'hospitalisation complète est de 60 en 1995, de 59 en 2003 et de 40 en 2004¹⁴⁷³. Il convient d'ajouter en 2004 à ces

¹⁴⁶⁹ Sources : DRASS- SAE, 2001.

¹⁴⁷⁰ "L'activité des hôpitaux en 1997 et 1998", DREES, Etudes et Résultats, n° 24, juillet 1999, p. 477.

¹⁴⁷¹ SESI, 1998, p. 221.

¹⁴⁷² *Ibid*, p. 221.

¹⁴⁷³ Rapports annuels de secteur (secteur 27) pour les années 1990 et 2003.

40 lits la création de deux lits d'accueil et de crise à l'hôpital de la Croix Saint-Simon par secteur. Subsistent dans un service de Maison Blanche 40 lits pour trois secteurs soit 13 environ pour le secteur 27 ; ces lits accueillent des patients très dépendants au long séjour dans l'attente de la création de Maisons d'accueil spécialisé ou de foyers d'hébergement adaptés.

En fait, le redéploiement des lits d'hospitalisation de l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche de Neuilly sur Marne à l'hôpital de la Croix Saint-Simon dans le XXème arrondissement correspond à une diminution du nombre de lits en hospitalisation complète.

Par ailleurs, en 2001, la création du centre d'accueil et de postcure La Métairie dégage 32 lits pour trois secteurs (dont le secteur 27). La Métairie fonctionne comme un centre d'accueil 24h/24, un centre de thérapie brève et une unité de nuit. Seize lits sont destinés à des psychotiques lourds ayant souvent un passé hospitalier très long et pour lesquels un travail de déchronicisation s'impose. Seize autres lits fonctionnent avec des contrats de six mois renouvelables, uniquement pour une hospitalisation de nuit (fermeture entre 10h00 et 17h00). On voit bien ici que les lits d'hospitalisation complète baisse au profit de lits d'hospitalisation partielle.

Cependant, il nous paraît utile de rappeler ici que la file active de patients pris en charge a doublé entre 1990 et 2003 (respectivement 618 et 1120) et que le manque cruel de structures d'hébergement médico-social oblige le secteur à maintenir une unité de patients très dépendants à Neuilly Sur Marne. Or le double rôle de lieu de vie et de lieu de soins assuré par l'hôpital est jugé pathogène pour les patients d'après les psychiatres.

On notera en outre que face aux difficultés d'hébergement à la sortie de l'hôpital, le secteur 27 a lancé en 1996 un projet de "chambres d'hôtel thérapeutiques" avec trois hôtels¹⁴⁷⁴. Dans le projet d'établissement 2001-2005 pour le secteur 27¹⁴⁷⁵, le chef de service formule son souhait de créer un hôtel social offrant des places pouvant remplacer mais surtout élargir les seules possibilités offertes par les actuels "hôtels avec contrat thérapeutique". En outre, le projet pointe la nécessité de créer un appartement associatif ayant vocation à remplacer celui existant déjà à Noisy Le Grand, jugé trop éloigné du secteur desservi (Paris XXème), plusieurs studios relais, une maison communautaire et/ou pension de famille éventuellement intersectorielle. A ce jour, ces structures n'existent pas : les structures extra-hospitalières se résument donc pour le seul secteur 27 au tiers des 32 places du Centre La Métairie.

2. Le manque de structures alternatives

Les psychiatres réunis dans le Comité d'action Syndical de la Psychiatrie jugent aujourd'hui que "les capacités d'hospitalisation temps plein sont parvenues à leur niveau minimum"¹⁴⁷⁶ et soutiennent l'implantation d'unités de soins à proximité du lieu de vie des

¹⁴⁷⁴ L'activité "Hôtels" recensée en 1999 par le département d'information médicale fait état de 62 chèques d'un montant total de 161 500 francs pour l'hébergement de 10 patients (Rapport DIM Maison Blanche 1999, p. 112).

¹⁴⁷⁵ Projet d'établissement 2001-2005, EPS Maison Blanche, Secteur Belleville, juillet 2001, p. 108.

patients à chaque fois qu'elle réalise une masse critique d'environnement médical suffisant et qu'elle s'effectue au sein ou à partir des établissements de santé.

A l'Hôpital Maison Blanche, il y a comme dans de nombreux hôpitaux psychiatriques des patients dits "au long cours", définis comme ceux passant au moins les 4/5 de l'année à l'hôpital. Pour le secteur parisien étudié, ils sont en moyenne une vingtaine depuis le début des années 1990¹⁴⁷⁷. C'est pour ces patients très dépendants que le chef de service en appelle depuis plusieurs années à la création de structures alternatives ("Maison d'accueil spécialisée, foyers de vie, maison relais à l'extrême limite")¹⁴⁷⁸ car pour ces patients, des appartements thérapeutiques ou des hôtels avec contrat thérapeutique n'apparaissent pas appropriés. Actuellement, les structures alternatives ne peuvent en effet être créées qu'en substitution de l'hospitalisation traditionnelle, et selon des conditions de réduction de moyens pénalisantes. En outre, les praticiens hospitaliers ne peuvent être statutairement affectés dans des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés, sauf dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le redéploiement des lits d'hospitalisation du secteur 27 de Maison Blanche, à Neuilly Sur Marne en 2003 fut l'occasion d'un grave conflit entre le personnel soignant et la direction de l'établissement. En effet, la convention signée entre l'Hôpital Tenon et l'Établissement Maison Blanche le 19 décembre 2000 concernant les malades du XXème arrondissement relevant des secteurs 27, 28 et 29 de psychiatrie générale, prévoyait le transfert en 2002 de lits situés à Neuilly dans une nouvelle clinique contiguë à l'Hôpital de la Croix Saint-Simon.

Le projet médical, inclus dans le projet d'établissement 2001-2005 présente le tableau projectif suivant :

Tableau 12 : Récapitulation des lits et places en psychiatrie adulte à Maison Blanche*

¹⁴⁷⁶ Comité d'action Syndical de la Psychiatrie, "Douze points pour construire l'avenir de la psychiatrie", *op. cit.*

¹⁴⁷⁷ Le département d'information médicale évalue leur nombre à 24 en 1993, 25 en 1999 et 19 en 2002, Sources DIM 2001-2002, secteur 27, DIM Maison Blanche.

¹⁴⁷⁸ Projet d'établissement 2001-2005, Etablissement public de santé Maison Blanche, *op. cit.*, p. 110.

Secteur/année	2001	2002	2003	2004	2005
Secteur 27	59	59			
Secteur 28	69	61	61		
Secteur 29	49	49			
Unité de soins psychiatriques intersectorielle			20	56	56
Patients à autonomie réduite				40	40
Croix Saint Simon 1			86	86	86
Croix Saint Simon 2				40	40

Source tableau ? (* Nous n'avons pas reporté les structures qui ne connaissent pas de modifications prévues en nombre de lits et places).

En pratique pour le secteur 27, alors qu'il disposait de 59 lits en hospitalisation complète en 2003, il se retrouve avec 40 lits d'hospitalisation complète en 2004 auxquels il faut ajouter deux nouveaux lits d'accueil et de crise, à la Croix Saint-Simon. L'objet de la discorde entre le personnel soignant et la direction a concerné les patients dits "à autonomie réduite" (soulignée dans le tableau). Le chef de service du secteur 27 nous a signalé que la ligne "unité de soins psychiatriques intersectorielle" ne correspond à rien de réel. Les patients à autonomie réduite sont en fait accueillis dans une unité toujours située à Maison Blanche, dans l'attente de la création de lieux de vie pour ces malades long séjour très dépendants. En 2003, les soignants ont refusé de déménager à Paris tant que la question de ces patients n'était pas réglée. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation a alors nommé trois experts pour régler cette crise, experts qui ont conclu à la nécessité d'ouvrir une unité intersectorielle à Maison Blanche pour 106 patients très dépendants (pour la totalité des secteurs couverts par Maison Blanche). Le directeur de Maison Blanche est finalement parti à la fin de l'année 2003. L'hôpital se vide donc des malades aigus et conserve les malades chroniques.

L'attitude du directeur de l'établissement a été très mal perçue chez les soignants. Accusé de délaissier les malades chroniques, il s'est vu reprocher sa volonté de fermer à tout prix Maison Blanche :

"Fermer l'asile de Maison Blanche, ce que veut le directeur, n'est pas un projet pour chaque patient et c'est très difficile de reconstruire quelque chose dans Paris. Le logement fait partie de l'identité sociale et on ne peut soigner si l'identité sociale n'est pas restaurée (revenu minimum et logement, quel qu'il soit)».¹⁴⁷⁹

Un chef de service juge très sévèrement ce directeur, l'accusant d'avoir une conception réductrice du secteur :

¹⁴⁷⁹ Entretien avec le Docteur Armoise.

"On a ici un directeur idéologue du secteur mais on a beaucoup de problèmes avec lui. Il a écrit un livre sur le secteur et construit des structures hospitalières à Paris : ça résume pour lui le dispositif de secteur ; dans son esprit ça va tout régler. Le but était d'éclater Maison Blanche mais la seule chose qu'il attend, un miracle donc, c'est de la mise en place à Paris de structures hospitalières. C'est sûrement important mais l'ennui avec ce type d'inconscience, c'est que tout l'argent passe là. Alors le reste, l'activité de secteur..." ¹⁴⁸⁰

Cet épisode et la lecture que les soignants en font montrent que les praticiens de secteur ne réduisent nullement le secteur à un éclatement hospitalier ; ce dernier est jugé inutile tant que le travail de l'équipe soignante n'est pas pensé dans la communauté, à notamment dans des lieux de vie destinés aux plus chroniques des patients ("la diminution du nombre de lits oblige à penser la question du type de patients, les patients long séjour, chroniques, qui sont des gens dépendants, psychotiques. On s'aperçoit que ces gens n'ont pas besoin d'une hospitalisation mais d'une autre structure") ¹⁴⁸¹.

Depuis l'Ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 ¹⁴⁸², l'Agence Régionale de l'Hospitalisation peut autoriser la création ex nihilo de places d'alternatives à l'hospitalisation, si le projet est conforme aux besoins de santé définis par le Territoire et validés par le Schéma régional d'organisation sanitaire ¹⁴⁸³. Aujourd'hui, nous ne pouvons pas mesurer encore les effets d'une telle réglementation.

Ce qui est certain, c'est qu'aujourd'hui, les professionnels du secteur considèrent que la réduction du nombre de lits en l'absence de création de places d'hébergement médico-social rend problématique la situation des patients chroniques.

Enfin, le secteur reste inachevé parce que la polarisation des dépenses sur la création d'équipement hospitaliers empêche de financer une activité "de secteur" à même de déboucher sur des solutions de postcure et de réinsertion sociale des patients. Cette situation, qui avait déjà été dénoncée par les psychiatres dans les années 1980, perdure. Face à cela, les praticiens en appellent soit au maintien d'un minimum de lits soit à l'accompagnement de leur suppression par la mise en place de structures alternatives.

Dans sa motion du 6 avril 2001, le conseil de service du 27ème secteur approuve ainsi à l'unanimité le chiffre de 50 lits d'hospitalisation temps plein "sous réserve de la possibilité de mise en place des structures alternatives nécessaires et de disposer de personnel qualifié en nombre suffisant" ¹⁴⁸⁴.

¹⁴⁸⁰ *Entretien avec le Docteur Safran.*

¹⁴⁸¹ *Ibid.*

¹⁴⁸² Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JO du 8 septembre 2003.

¹⁴⁸³ Rapport Kovess, Cléry-Melin, Pascal, *op. cit.*, p 39.

¹⁴⁸⁴ Projet d'établissement 2001-2005, EPS Maison Blanche, Secteur Belleville, juillet 2001, p. 110.

Cette position ne signifie pas que les psychiatres du secteur sont par principe pour le maintien des lits ; ils souhaitent avant tout que la réduction de lits se conjugue au développement financé de l'activité extra-hospitalière. Un jeune psychiatre nous confiait ainsi :

"Je ne suis pas contre la réduction du nombre de lits au contraire. Si un jour on arrive à tourner avec 10 lits tant mieux mais le problème, c'est que l'on ne donne pas les moyens de faire de l'extra-hospitalier en contre-partie».¹⁴⁸⁵

Cette affirmation est confirmée par les conclusions que l'on peut tirer de la répartition des équivalents temps plein en intra et en extra-hospitalier. En effet, on constate la part encore prédominante du travail en intra-hospitalier. Le tableau suivant reproduisant les données du Rapport de secteur pour l'exercice 2003 du secteur 27 nous donne un aperçu de cette inégale répartition :

Tableau 13 : répartition des équivalents temps-plein par CSP, Secteur 27

Répartition des professionnels	Personnel travaillant dans une unité d'hospitalisation temps plein en ETP	Personnel du secteur travaillant en intra et en extra-hospitalier en ETP
Personnel médical	5	8,60
Infirmiers et cadres infirmiers	35,5	38,75
Psychologues	1	1,5
Assistants sociales	1,50	3
Secrétaires médicales	2,80	4,80
Autres	13,50	14
Total	59,30	70,65

Source tableau : Rapport annuel de secteur, Etablissement public de santé mentale Maison Blanche, Secteur Belleville, Paris, 2003.

A la lecture de ce tableau, force est de constater que le personnel médical ayant une activité extra-hospitalière exclusive représente 11,35 ETP sur un total de 70,65 pour le secteur. Le personnel infirmier travaillant exclusivement en extra-hospitalier représente 3,2 ETP soit 8% des ETP infirmiers. La moitié des ETP d'assistantes sociales et de secrétaires médicales est affectée à l'extra-hospitalier. On voit donc bien que l'hôpital mobilise des effectifs et un temps de travail médicaux totalement disproportionné par rapport à l'activité extra-hospitalière.

La réduction de lits jugée trop forte, malgré une adhésion à l'effort de réduction des hospitalisations, intervient comme circonstance aggravante dans l'épuisement des professionnels du secteur, car elle est vécue comme un obstacle à la réalisation de la mission de service public attribué au secteur psychiatrique :

"Faire des économies au dépens de la santé, l'Etat n'a pas le droit de faire ça. La santé n'est pas une entreprise. C'est pareil pour la justice ou l'éducation. Je ne suis pas contre une meilleure gestion mais aujourd'hui on a supprimé les moyens. On passe de 60 lits à 40 et "débrouillez-vous !". C'est scandaleux dans

¹⁴⁸⁵ Entretien avec le Docteur Mazen Hamdan.

un pays comme la France qu'aux urgences on attende entre 6 et 8 heures. Ici au CMP, il faut deux mois pour avoir un rendez-vous. Pour un service public, c'est un peu... bon.¹⁴⁸⁶

L'impossibilité d'assurer des délais de consultation décents ("Au CMP de Neuville, je donne des rendez-vous pour début février")¹⁴⁸⁷ n'est pas la seule conséquence du manque de personnel face à la demande de soins exprimée. Une sélection selon le régime de protection des patients s'exerce aussi parfois :

"La crise est actuelle au CMP, car on est conduit à demander si les patients ont des mutuelles et à les adresser au privé, sinon c'est plus possible».¹⁴⁸⁸

La baisse des effectifs est d'autant moins bien vécue que le personnel affirme avoir de nouveaux moyens de soigner en extra-hospitalier ("Pour les moyens, c'est effectivement préoccupant, surtout que l'on a de nouveaux moyens pour mieux soigner")¹⁴⁸⁹. Plus globalement, les moyens sont jugés insuffisants pour répondre à de nouvelles demandes de prise en charge¹⁴⁹⁰. Le problème de recrutement des psychiatres et des infirmiers accentue la difficulté à répondre à une augmentation de la demande ("C'est plus un effet du manque de moyens par rapport à la demande"¹⁴⁹¹). Le travail vacataire est alors choisi comme une solution à la pénurie de personnel mais il ne semble pas pallier le manque de "temps soignant", comme nous l'indique cette psychiatre :

"Les anciens vacataires sont partis et n'ont pas été remplacés ou sont là à temps partiel. A Paris, 16 vacations pour un temps partiel, ça fait six demi-journées. Donc l'activité augmente : une nouvelle population ne pouvant payer les psychothérapies, plus celle sous injonction thérapeutique, plus le travail avec les autres structures de secteur, plus la diminution des moyens et du temps...La crise, c'est que notre travail augmente....La crise, c'est que nos projets vont dans le sens d'une augmentation de l'activité et on ne parle que de baisser les moyens ou les redéployer. Alors on a bien une correspondance financière de ces 16 vacations mais pas en temps soignant".¹⁴⁹²

En outre, les recrutements de vacataires renforcent un "turn over" du personnel des services jugé préjudiciable à la continuité thérapeutique du travail avec le patient. Ce phénomène n'est pas sans rappeler l'affirmation de Charles Brisset et Hubert Mignot en

¹⁴⁸⁶ Entretien avec le Docteur Lavande.

¹⁴⁸⁷ Entretien avec le Docteur Laurier. Nous sommes en décembre.

¹⁴⁸⁸ Entretien avec le Docteur Armoise.

¹⁴⁸⁹ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁴⁹⁰ Cette revendication est réaffirmée par le Comité d'action Syndical de la Psychiatrie d'après lequel "il n'est pas concevable d'assumer toujours plus de missions avec des moyens en constante diminution" ("Douze points pour construire l'avenir de la psychiatrie", *op. cit.*).

¹⁴⁹¹ Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

¹⁴⁹² Entretien avec le Docteur Faim Donabédian.

1967 selon laquelle la sectorisation ne peut être effective que si les membres de l'équipe ne se renouvellent pas constamment. Le passage aux trente-cinq heures accentue aujourd'hui la difficulté à réunir une équipe complète, ce qui empêche un travail réflexif participant de l'analyse institutionnelle de la structure soignante. Une psychiatre pointait ainsi les conséquences d'un "turn over" accentué par les 35 heures sur la cohésion de l'équipe et la santé psychique du malade :

"Et puis ça devient compliqué voire dangereux pour les patients (on les renvoie dehors), pour les professionnels, c'est très inconfortable (on travaille à flux tendu). Et avec les 35 heures dans les hôpitaux, on n'a pas du tout les moyens. On est trois médecins dans l'unité normalement mais il y a du coup 24 semaines où l'on est 2 sur trois. On prend pas tous nos congés ni nos formations et puis on connaît moins bien les collègues. Ah non... les 35h ne nous ont apporté aucun confort. ...On a un rythme haché ; l'équipe n'est jamais là aux heures de jour c'est caricatural on est obligé d'accepter ça. Personnellement, je trouve que l'on n'a pas gagné en qualité de vie. Et les patients supportent très mal les absences, c'est le vécu abandonnique". ¹⁴⁹³

Ainsi, de manière générale, l'épuisement des psychiatres de secteur provient d'un certain nombre de contraintes pesant sur les services de nature à affecter la qualité du service public de psychiatrie. Nous formulons l'hypothèse que cette fragilisation entrave la pérennisation des expériences de réseau, au même titre que des caractéristiques propres au réseau.

B- La précarité du réseau

De nombreuses expériences de réseau peinent à s'institutionnaliser. Trois exemples locaux constituent ici le matériau à partir duquel nous avons interrogé le réseau en actes : un conseil local de santé mentale, la mise en place d'une coopération ville-hôpital, un dispositif d'aide aux aidants. Ces trois expériences ont toutes été menées depuis trois à cinq années ; elles constituent pour notre analyse un terrain d'interrogation pour la question des étapes propres aux réseaux de santé de santé mentale. La signature d'une Charte de prévention en santé mentale entre la ville de Rillieux-La-Pape date de 1999 : nous pouvons donc étudier quatre ans de pratique. Le dispositif mis en place par le Contrat de ville de Pierre-Bénite débute en septembre 2004 : nous avons donc plutôt étudié sa genèse depuis 2002. Le conseil local de santé mentale du XXème arrondissement de Paris a été créé au début de l'année 2003 : ses premiers développements pratiques feront donc l'objet de notre analyse. Ces trois coupes nous ont permis de questionner le réseau sur les obstacles externes et internes à son institutionnalisation. Nous en avons identifié plusieurs qui nous informent sur des effets, soit matériels, soit symboliques, du travail de réseau ¹⁴⁹⁴.

B-1- LES OBSTACLES AU RÉSEAU

¹⁴⁹³ *Entretien avec le Docteur Bardane.*

¹⁴⁹⁴ Cette distinction n'a pas vocation à séparer ce qui est de l'ordre de la réalité et ce qui est de l'ordre de l'illusion, mais bien des faits de représentation et des actes à proprement parler.

Deux facteurs contribuent d'après nous à la précarité du réseau : d'une part, des obstacles liés à la fragilité de l'institution psychiatrique rendent incertain le caractère durable du travail de réseau ; d'autre part, des réticences professionnelles sont mises à nu par l'incitation au travail de réseau dans la mesure où elle exige des acteurs une destigmatisation de professions relevant d'autres champs, ainsi qu'une inévitable autocritique. En outre, nous verrons que la genèse des expériences de réseau peut être parfois l'occasion d'une répétition de la résistance critique décrite auparavant : le sentiment de récupération politique d'une initiative du secteur constitue dès lors un obstacle supplémentaire à la pérennisation du réseau.

1. Une pratique effective mais chronophage

Que ce soit dans le cadre de la charte de santé mentale signée à Rillieux-La-Pape par la ville et le Centre Hospitalier Spécialisé, ou sur le mode de conventions plus ponctuelles, le travail de partenariat n'est pas une nouveauté. Il est jugé thérapeutique par l'ensemble des praticiens du secteur. Ainsi, le Docteur F-D du secteur 27 à Paris tente depuis plusieurs années de créer des liens "pour que les patients eux-mêmes en créent"¹⁴⁹⁵. L'un de ses collègues approuve cette ligne de conduite :

"Le réseau, c'est tout à fait pertinent. Avant les textes de loi, les psychiatres pratiquaient le réseau, le terme de maillage est peut-être plus juste. C'est fondateur, essentiel, subtil. Il faut tout reprendre car les éléments du réseau varient ; il faut les retravailler... C'est thérapeutique".¹⁴⁹⁶

Le rapport du secteur en question pour l'exercice 2003 évalue le nombre de demi-journées d'interventions dans la communauté à 92, dont la majorité s'effectue en établissement social¹⁴⁹⁷. Le suivi d'un patient implique parfois de travailler avec son lieu d'accueil¹⁴⁹⁸. Le partenariat s'effectue avec différentes structures d'hébergement¹⁴⁹⁹ ou de réadaptation¹⁵⁰⁰, mais également avec la Protection Maternelle Infantile par le biais des assistantes sociales de secteur¹⁵⁰¹. Le lien établi avec le Centre d'Hébergement "Le fil rouge" nous a semblé suffisamment exemplaire pour que l'on retrace sa genèse.

¹⁴⁹⁵ Par un raisonnement analogique entre l'institution et le patient, cette psychiatre nous a expliqué que les relations de l'institution avec l'extérieur favorisaient les relations du patient avec l'extérieur

¹⁴⁹⁶ ***Entretien avec le Docteur Achillée.***

¹⁴⁹⁷ Dix demi-journées sont effectuées auprès des services sociaux, deux auprès du dispositif RMI, vingt dans des établissements médico-sociaux. Rapport de secteur pour l'exercice 2003, EPS Maison Blanche, p. 12.

¹⁴⁹⁸ C'est le cas pour le Centres Médico-Psychologique du secteur 27 avec la maison relais instituée dans le XXème arrondissement par le Groupe SOS SIDA-TOX.

¹⁴⁹⁹ Le secteur a notamment initié un partenariat avec l'association Aurore pour la constitution d'un lieu de vie en Dordogne pour des séjours thérapeutiques, une convention avec l'association MAAVAR pour une collaboration dans l'établissement d'un groupe de médiation autour de l'hébergement et un suivi individuel au Centres Médico-Psychologique.

¹⁵⁰⁰ Des synthèses se font régulièrement avec des foyers d'hébergement ou le Centre d'Adaptation par le travail.

Il y a quelques années, les éducateurs de cette structure envoyaient au CMP des jeunes de 18-25 ans pour des troubles du comportement. Le personnel du CMP a alors souhaité travailler en amont avec le personnel de ce centre d'hébergement dans la mesure où les jeunes vivaient très mal le recours à la psychiatrie¹⁵⁰². Dans un premier temps, le CHRS a envoyé certains de ces résidents avant tout "dérapage", ce qui a suscité une grande incompréhension de leur part. Il fallut donc trouver un moyen de pallier un double écueil : l'intervention survenant trop tard en aval d'un problème de comportement, et l'intervention faite trop tôt, vécue alors comme injustifiée. Aussi, le personnel du Centre Médico-Psychologique a-t-il décidé, pour éviter toute stigmatisation, de se rendre dans ce centre pour y rencontrer les résidents une fois par mois. Cette solution a permis de faire émerger en douceur les demandes de soin éventuelles :

"On leur explique que l'on est là s'ils ont envie de parler. Parce que l'éducateur, il est obligé de faire respecter la loi du foyer. Nous on est plus neutre, plus extérieur. On explique que la psychiatrie, c'est pas juste parce qu'il fume six joints par jour ou s'engueule avec ses voisins. Ce ne sont pas des pathologies. En 3 ans, il y a eu, à la louche, 5 à 6 interventions lourdes».¹⁵⁰³

Un partenariat similaire s'est mis en place avec une maison de retraite¹⁵⁰⁴. Des liens plus ponctuels existent avec des associations caritatives.

Albert Ogien intègre à l'analyse de l'intervention sur autrui que constitue la psychiatrie l'étude des contingences matérielles pesant sur l'effectuation des tâches d'intervention¹⁵⁰⁵. Cet effort doit compléter ceux visant à saisir d'une part les obligations légales et les impératifs professionnels définissant un certain métier d'intervention et d'autre part le "sens commun" qui lui est propre. Nous avons ainsi restitué ce que recouvre le travail de réseau en pratique. Il nous faut désormais pointer les conditions de son institutionnalisation. La première de ces conditions est le temps dont disposent les personnels requis pour travailler en réseau. La seconde réside dans les moyens matériels dont bénéficie le réseau pour se développer. Nous allons aborder successivement ces deux points.

¹⁵⁰¹ Tous les deux mois, une réunion commune permet d'aborder des cas précis. Le personnel du Centres Médico-Psychologique remplit ici une fonction de conseil. Un infirmier du secteur confirmait cette pratique en ces termes : "Pour la PMI, ça passe par les AS de secteurs quand un enfant est susceptible d'être en danger ou qu'une femme enceinte ne pourra visiblement pas assumer l'enfant." (Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier).

¹⁵⁰² Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier.

¹⁵⁰³ *Ibid.*

¹⁵⁰⁴ Un partenariat s'est également mis en place avec la maison de retraite Les Airelles avec un contrat tacite selon lequel un patient adressé par la psychiatrie est accepté dans l'institution à condition d'un suivi par le CMP. Le personnel du CMP intervient dans la maison de retraite ("c'est une sorte de visite à domicile") pour ceux qu'il a placés et même pour d'autres résidents à raison d'une fois par semaine : "On va les voir régulièrement, une fois pas semaine. A ce moment-là, la directrice ou la surveillante nous dit "Machin va pas bien" et on le voit", nous a confié Monsieur Romarin, infirmier de secteur psychiatrique.

¹⁵⁰⁵ Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique, op., cit.*, p. 32.

Dans le contexte actuel de pénurie d'effectifs par rapport à la demande, il semble que le travail de partenariat soit de plus en plus réduit à sa portion congrue.

Une première série de témoignages atteste de la nécessité d'un "temps" pour le réseau :

"Le réseau : on essaie de développer ceci au Centre de jour. On jette des bouteilles à l'encre, mais il y a des réticences car on demande de plus en plus de travail et le travail en réseau s'y ajoute et les moyens nous manquent puisqu'ils stagnent"¹⁵⁰⁶, "On est allé par exemple parler de la violence en psychothérapie à la gendarmerie. Il y a eu un vrai échange. Bon, bien sûr, y a toujours deux ou trois connards mais chez beaucoup d'entre eux, y a une vraie réflexion sur la violence. Ca, c'est une dimension plus locale qui a un peu disparu. On le fait plus tellement car je l'avoue, je n'ai plus le temps."¹⁵⁰⁷.

Cette exigence d'un temps pour le réseau joue tant pour le personnel psychiatrique que pour ses interlocuteurs potentiels : les rencontres régulières entre différents acteurs sont tributaires des disponibilités de chacun. L'aide aux aidants initiée en 2000 par le Centre Médico-Psychologique de Rillieux-La-Pape avec le Centre communal d'action sociale, l'ANPE, et la Mission Locale est ainsi interrompue en octobre 2002 faute d'un nombre suffisant de participants¹⁵⁰⁸. A Neuville-sur-Saône c'est le manque de disponibilité des généralistes qui les empêche de participer aux réunions auxquelles l'équipe de secteur les a conviés.

Le manque de disponibilité chronique du personnel soignant entraîne concrètement un désengagement des actions maintenant le réseau vivant, au profit du soin aux plus gravement atteints. Une psychiatre partageant son temps entre l'intra et l'extra-hospitalier en témoignait en ces termes :

"On peut pas se couper en quatre. On a à l'hôpital les plus souffrants, ce qui demande beaucoup de présence [...] Du coup, on privilégie le travail technique"

¹⁵⁰⁹

Le terme technique n'est pas à entendre ici au sens classique mais signifie "soignant". Il désigne le repli sur le noyau dur de la psychiatrie (la psychose) à l'hôpital, et sur l'activité de consultation au Centre Médico-Psychologique, au détriment de l'activité de partenariat, jugée cependant nécessaire ("J'ai toujours défendu la spécificité psychiatrique avant de lancer un partenariat. La population aussi attend d'abord qu'on fasse le boulot. On privilégiera toujours le soin au partenariat")¹⁵¹⁰.

Cependant, le terme technique désigne parfois pour certains psychiatres, la

¹⁵⁰⁶ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁵⁰⁷ Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁵⁰⁸ La psychologue du Centres Médico-Psychologique de Rillieux nous a indiqué qu'à la dernière réunion, seules deux personnes du Centre Communal d'Action Sociale s'étaient déplacées.

¹⁵⁰⁹ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁵¹⁰ Entretien avec le Docteur Acacia.

résignation à l'acte purement médical de prescription comme le laisse entendre le propos suivant, qui sonne comme un constat d'échec : "quand on aura un psychiatre pour 4 unités, alors on prescrira"¹⁵¹¹. Ici, ce n'est pas tant l'incurabilité qui est mise en avant par les praticiens mais l'abandon de la dimension psychothérapique du traitement en raison même du manque de temps qui la rend possible concrètement.

Le réseau est donc chronophage pour les professionnels parties au contrat formel ou informel qui les unit. Il nous faut désormais étudier la traduction financière du développement d'un réseau. La création et le fonctionnement du conseil local de santé mentale¹⁵¹² dans le XXème arrondissement de Paris nous ont apparu comme un lieu pertinent d'interrogation de la précarité des réseaux, du point de vue de ses moyens financiers. Le 18 mai 2000, les associations du XXème arrondissement de Paris du CICA¹⁵¹³, par la voix de leur commission de coordination composée d'une quarantaine de membres se prononcent sur le choix du thème de la "santé mentale". Le maire du XXème arrondissement, Michel Charzat, député, adresse à Ségolène Royale, alors Ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées, une lettre rappelant la nécessité de mener une réflexion sur les besoins des personnes atteintes d'un handicap psychique. Ségolène Royal lui propose en réponse une mission d'analyse et de propositions sur ce sujet ayant pour but "d'identifier les obstacles juridiques et financiers à lever et d'étudier les modes d'articulation à prévoir avec les acteurs de santé"¹⁵¹⁴.

Cette initiative est saluée par le Ministre délégué à la Santé Bernard Kouchner et

¹⁵¹¹ Entretien avec le Docteur Bardane. Ce témoignage s'accorde avec la description d'Albert Ogien du rapport entre équipe soignante et patients lorsque ces derniers sont jugés inaccessibles à l'interaction en raison d'une incurabilité supposée : l'hospitalisation psychiatrique est alors ramenée à une dimension technique et en cela "le traitement se circonscrit en la prise de médicaments et en l'observation de leurs effets" (Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique*, op. cit., p. 71).

¹⁵¹² Ce genre d'instance se développe de plus en plus. Par exemple, à Givors, un psychiatre et un psychologue du secteur ont suscité il y a quelques années, après quelques rencontres, la création d'un grand forum qui a institué "le Conseil Local de Santé Mentale" (CLSM). Le CLSM de Givors ne correspond à aucune structure juridique et ne dispose pas d'un budget ; le secteur psychiatrique assure le "secrétariat". La mise en place d'un comité de pilotage, de groupes de travail et d'une journée de synthèse des travaux des groupes de travail encadrés par un comité de pilotage a lieu tous les deux ans en présence du Maire, et est suivie d'une publication des travaux des groupes et des interventions d'"experts" sur des grands problèmes de santé publique (alcoolisme, suicide...). Sont conviés au conseil local de santé mentale des acteurs sociaux, psychiatriques, politiques, des associations, de l'hébergement, éducatifs, d'insertion et de réadaptation professionnelle, judiciaire, policiers, scolaires. Dans le huitième arrondissement de Lyon, un conseil local de santé mentale a également été créé à l'initiative des équipes de psychiatrie en collaboration étroite avec le maire de l'arrondissement ; il fonctionne avec des sous-commissions qui travaillent sur des thèmes précis (petite enfance, hébergement, personnes âgées...).

¹⁵¹³ Mis en place par la loi de décentralisation de 1982, le Comité d'Initiative et de Consultation d'arrondissement (CICA) est un outil de consultation et de mise en commun du travail et de l'expérience des associations. D'après l'article 16 de la loi n°82-1169 du 31 décembre 1982, le CICA "réunit les représentants des associations locales ou membres des fédérations ou confédérations nationales qui en font la demande et qui exercent leur activité dans l'arrondissement". Le CICA peut participer à titre de consultation, aux débats du conseil d'arrondissement.

¹⁵¹⁴ Ségolène Royal, Lettre du 29 mai 2001 (*Livre Blanc de la santé mentale*, op. cit., pp. 12-13).

sous la responsabilité de Marie-France Gouriou, conseillère de Paris, Chargée auprès du Maire du XX^{ème} de la Vie associative et de l'Accueil des citoyens, le travail de réflexion et de proposition sur la santé mentale s'engage pour une durée de dix-huit mois. Au terme de cette période, un Livre Blanc de la santé mentale, avec pour sous-titre "Accompagnement des personnes en souffrance psychique pour améliorer leur vie et celle de leurs proches" est remis en séance du 4 octobre 2001 au CICA du XX^{ème} arrondissement. Huit thèmes de réflexion sont définis : la prévention, la souffrance psychique des adolescents, la précarité, la petite enfance, l'ethno-psychiatrie, les tutelles et curatelles, les personnes âgées et les mesures générales (Couverture maladie universelle et couverture complémentaire, accès aux loisirs et à la culture pour tous).

Le Livre Blanc sur la santé mentale du CICA XX^{ème} nous intéresse particulièrement car il préconise la création d'un conseil de santé mentale regroupant la mairie, l'antenne de police, les services de psychiatrie de secteur, les urgences psychiatriques et les associations concernées¹⁵¹⁵. Il s'agira pour le conseil de favoriser "un maillage psycho-social et social de la souffrance psychique répondant à la demande du citoyen" par "un travail en réseau pour établir des liens harmonieux permettant de répondre à la demande des patients et des familles"¹⁵¹⁶.

Le conseil local de santé mentale (CLSM) est mis en place en 2003. On prévoit trente membres mais il y en aura moins dans la réalité. Une charte est adoptée à l'unanimité lors de sa première séance ; il est prévu que plusieurs commissions de travail se constituent autour de 5 thèmes : "Prévention, continuité des soins et hébergement", "Prévention des rechutes", "Petite enfance", "Rôle de coordination du CLSM", "Urgences psychiatriques".

L'animation du Conseil local est confiée à Monsieur Basilic, bénévole, ancien Professeur de psychologie clinique et praticien en psychologie sociale. Monsieur Basilic estime que sa position devrait être celle de référent du CLSM ; pour ce faire, il considère devoir être salarié, ce qui n'est toujours pas le cas. Concrètement, Monsieur Basilic travaille avec le premier adjoint au maire, chargé de la politique de la ville, de l'initiative

¹⁵¹⁵ Plusieurs motifs sont avancées : le XX^{ème} arrondissement a une densité de population très forte (180 000 habitants), une structure de l'établissement public de santé Maison-Blanche y sera très prochainement implantée. Une convention a en effet été signée avec l'Hôpital de la Croix Saint-Simon dans le XX^{ème} arrondissement le 19 décembre 2000. La délocalisation réelle des services de Maison-Blanche ne sera effective qu'au début de l'année 2001. L'application pratique de la convention consiste dans le redéploiement de lits anciennement situés à Neuilly Sur Marne à Maison-Blanche, dans une nouvelle clinique, sur un terrain contigu à l'hôpital de la Croix Saint-Simon (quartier d'Avron). La Direction des Hôpitaux proposait déjà en 1986 que l'Assistance Publique de Paris mette à disposition des locaux dans Paris aux équipes de secteur, qui le souhaitaient vivement. Le Professeur Bourguignon signalait au cours de la discussion préalable à l'élaboration du Rapport Zambrowski, que l'opposition à cela venait des psychiatres hospitalo-universitaires et non de l'Administration de l'Assistance Publique elle-même (Compte-rendu de la réunion du groupe de travail présidé par Zambrowski, 16 octobre 1986, p. 10). Monsieur Bauduret, responsable du bureau de la psychiatrie au Ministère de la Santé, indique en 1988 que le problème principal à Paris et en Ile de France est l'existence de services de l'Assistance publique non sectorisés, dont les responsables ne sont pas favorables à la sectorisation. Il réitère alors le souhait de trouver avec l'Assistance publique des modalités de coopération ou de prêts de locaux pour la psychiatrie sectorisée (*Santé mentale*, mai-juin 1988, pp. 2-3).

¹⁵¹⁶ *Livre Blanc sur la santé mentale, op. cit.*, p. 230.

économique et de la santé. Depuis sa création, une réunion en séance plénière a eu lieu, le 22 octobre 2003, sur le thème des "maltraitements"¹⁵¹⁷. Les deux heures consacrées aux divers problèmes de maltraitance ne suffisent pas aux interventions prévues. Quant aux commissions de travail, elles peinent à se pérenniser, faute de trouver leur objet :

"S. est dans le groupe sur le rôle de coordination, sur les réseaux, mais le groupe a du mal à trouver son objet. Les groupes ont en principe une réunion par mois. Et je dois leur faire produire quelque chose. Ce n'est pas un groupe d'échange sur les pratiques mais ils ont pour objet d'essayer sur le XX^{ème} de faire fonctionner les structures existantes dans le domaine du groupe, soit de réfléchir à des structures à faire apparaître". ¹⁵¹⁸

Globalement, le fonctionnement du conseil local est lourd à manier. La liste des personnes ayant exprimé leur vœu de participer au conseil, qui ont assisté à la première réunion conçue comme une séance d'installation le 7 janvier 2003 se révèle être en trop élevé, ce qui freine l'efficacité de la structure. En octobre 2003, l'animateur du Conseil local nous confie son souhait de trouver des solutions pour pérenniser un dispositif qui n'a pas encore prouvé son efficacité :

"Ca n'a pas beaucoup d'efficacité. J'essaie de dire à Deroff que je souhaiterais que le conseil local accepte ou reconnaisse que je sois quelqu'un qui représente le CLSM. Je rencontre les membres du comité. Ce serait bien que le conseil dise : "on vous met dans cette position et là je deviens un référent. Ce qui peut pérenniser, c'est mettre en place une structure.... Il faut que l'existence de cet organisme soit manifeste». ¹⁵¹⁹

L'animateur du conseil local multiplie les démarches et rendez-vous auprès de tous les acteurs du XX^{ème} et même au-delà, afin de reconstituer le paysage institutionnel et associatif impliqué à un moment ou un autre dans un problème de santé mentale. Mais le dispositif mis en place en 2003 s'avère trop centré sur des personnes, et l'animateur du Conseil local ne cesse d'en appeler à une organisation dotée de moyens concourant à la pérennisation du dispositif. Le Conseil local souffre d'un manque de matérialité lié à l'absence de moyens conséquents. D'après son animateur :

"J'ai l'ambition d'une manière ou d'une autre, de pérenniser un fonctionnement. Et pour le pérenniser, ce n'est pas seulement l'affaire d'une personne, mais d'une organisation : il faut un minimum de structure qui permette une vie et une continuité. Je crois qu'une structure existe si elle a une histoire et une histoire a besoin d'éléments : documents (compte-rendus) ; il faudra vite un livret qui

¹⁵¹⁷ Le conseil doit se réunir en séance plénière trois fois par an d'après sa Charte de création. Etaient présents le 22 octobre 2003 dix-huit personnes dont le premier adjoint au maire, l'adjoint au maire chargé de la prévention et de la sécurité, un vice-procureur au Parquet de Paris, un médecin et une infirmière d'un hôpital général, le commissaire principal du commissariat du XX^{ème}, le responsable infirmerie du réseau "santé mentale et précarité" de l'intersecteur Maison-Blanche, un membre du Centre d'information et d'accueil pour la prévention en santé mentale, des travailleurs sociaux et psychosociologues, des représentants d'usagers (UNAFAM, Handicap 14^{ème}) et un psychiatre du secteur.

¹⁵¹⁸ Entretien avec Monsieur Basilic, animateur du CLSM.

¹⁵¹⁹ Ibid.

donne toutes les associations pouvant travailler avec le CLSM, il faut que ce soit identifié comme production du CLSM. Quand la France sera à nouveau florissante, il faudra prévoir quelqu'un. Le conseil se construit avec un certain type d'activité, une permanence et des archives qui constituent son histoire».¹⁵²⁰

Et en effet pour l'instant, le conseil local se résume encore à "une liste de gens". Le problème principal réside en l'absence de clarification d'une part du statut des réunions (séance de travail, présentation du travail du conseil, consultation des professionnels), et d'autre part de l'habilitation des membres à décider d'un ordre du jour. En outre, la charte initiale ne prévoit pas la participation de professionnels ou représentants ad hoc conviés en fonction du thème de réflexion des séances. L'idée de créer un bureau restreint de moins de dix personnes, ainsi que d'un secrétariat de trois personnes, émerge au début de l'année 2004. Le bureau restreint doit comprendre des représentants du secteur psychiatrique public et libéral, du secteur social, du dispositif scolaire, de la politique de la ville, des élus. Une telle proposition nécessite rapidement un changement des statuts du conseil local de santé mentale¹⁵²¹.

D'après l'animatrice du conseil local, le problème de financement est crucial dans la mesure où son statut de bénévole, ainsi que le départ d'une stagiaire en DESS travaillant depuis un an en étroite collaboration avec lui sur le développement du réseau local, compromettent gravement la pérennisation effective du travail. Contrairement à l'expérience initiée à Rillieux-La-Pape, la création du conseil local de santé mentale du XXème arrondissement de Paris n'a pas impliqué le financement d'un poste de coordinateur.

2. Les réticences professionnelles

Malgré le développement certain de liens entre champ sanitaire et champ non sanitaire, plusieurs facteurs contribuent à freiner sa banalisation. Nous en avons isolé trois : la persistance d'une stigmatisation sociale de la psychiatrie, le jugement de compétence que les professionnels associent au travail en réseau, le sentiment chez les psychiatres d'une récupération politique du projet de réseau.

De nombreux psychiatres nous ont fait part du maintien de patients au long court faute de structures alternatives à l'hospitalisation. Le chef de service du secteur 27 formulait en 2001 le souhait que des Maisons d'accueil spécialisées ou des maisons communautaires acceptent des patients présentant des troubles psychiatriques "a minima"¹⁵²².

Le personnel soignant parle de manière récurrente d'une "faible tolérance de

¹⁵²⁰ *Ibid.*

¹⁵²¹ Ainsi, la réunion du 8 juin 2004 a pour objet la modification de plusieurs articles de la Charte. Il s'agit tout d'abord d'élargir le nombre de membres titulaires du conseil local de santé mentale par cooptation, puis d'instituer la désignation chaque année d'une commission exécutive restreinte chargée d'assurer le suivi des travaux de la commission, de proposer des actions, de proposer un ordre du jour pour les réunions du conseil avec l'approbation du maire.

¹⁵²² Projet d'établissement 2001-2005, EPS Maison Blanche, Secteur Belleville, juillet 2001, p. 108.

l'extérieur"¹⁵²³ vis-à-vis des malades mentaux. Ici, on évoque la déstabilisation et les moqueries d'un groupe de gymnastique en Maison de la Jeunesse et de la Culture à l'égard de malades mentaux ; là "le rejet du psychotique par le social"¹⁵²⁴ lorsqu'un foyer Sonacotra réitère son refus d'accueillir un patient psychiatrique. Ce genre de rejet épuise les équipes soignantes. En face, on développe le sentiment d'une incompréhension de la part de la psychiatrie quant aux situations d'urgence. La journée de formation-action organisée en 2003 par la DDASS du Rhône ayant pour thème "Logement et psychiatrie" nous semble être un bon exemple de cette incompréhension.

En effet, de nombreux gérants de résidences sociales formulent leur désarroi quant à la prise en charge de la population hébergée souffrant de troubles psychiques. Par rapport aux psychiatres, les gérants de foyer déplorent l'absence de langage commun avec les médecins, le manque de collaboration de la psychiatrie en cas d'urgence. L'absence de confiance, largement conditionnée par une méconnaissance réciproque des métiers de chacun, déboucherait sur l'impossibilité d'un secret "partagé". L'un des travailleurs d'un foyer relate par exemple l'échec d'une hospitalisation sur demande d'un tiers de l'un des résidents :

"Il y a eu une crise d'une résidente tox alors on a appelé SOS médecin, mais entre temps, elle a pris du Subutex. Du coup, quand le médecin est arrivé, elle est toute calme et le médecin a douté de l'urgence de la situation. On est pris en défaut alors qu'on fait ça pour elle. Ils nous accusent de vouloir nous débarrasser des résidents aux problèmes psy" ¹⁵²⁵ .

En outre, les discussions entre le personnel psychiatrique et les gérants de foyers mettent à jour les contraintes spécifiques de gestion, de bonne gestion et d'équilibre social qui s'imposent aux logeurs :

"Nous, on veut connaître des choses sur les arrivants pour apprécier leur capacité à vivre en collectivité. Nous devons assurer une certaine paix sociale, et une certaine sécurité. On sait rien quand ils arrivent." ¹⁵²⁶

Cette notion de "paix sociale" révèle que bien souvent, les gérants de foyers font appel aux services psychiatriques en cas de crise manifestée par un comportement d'un patient ("il a jeté sa télé par la fenêtre", "il a tout cassé"). Et lorsque les psychiatres font appel aux foyers, un refus est parfois interprété comme la traduction d'une stigmatisation des patients suivis en psychiatrie. De plus, les logeurs sont accusés par les psychiatres de "délit de délaissement" pour les gens "qui ne font pas de bruit, qui meurent doucement"¹⁵²⁷ dans le foyer.

Les discussions des journées de formation-action sont l'occasion de rappeler que de nombreux foyers "font du logement et non de l'hébergement"¹⁵²⁸ et qu'ils sont mandatés

¹⁵²³ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁵²⁴ Entretien avec le Docteur Armoise.

¹⁵²⁵ Formation-action "Logement et psychiatrie", Economie et Humanisme-DDASS, Lyon, 16 et 17 octobre 2003.

¹⁵²⁶ Un gérant de résidence Sonacotra, Formation-action "Logement et psychiatrie", Economie et Humanisme-DDASS, Lyon, 16 octobre 2003.

par l'Etat pour loger des publics spécifiques : publics en grande précarité, demandeurs d'asiles et vieux migrants. A ces contraintes propres aux foyers d'hébergement s'ajoute la disparition d'un grand nombre de postes d'accompagnement social et médico-social¹⁵²⁹. L'un des responsables de site précisait ainsi qu'il était seul à gérer une résidence de 300 personnes, et ce, 32 heures par semaine.

Constatant la réduction des moyens en psychiatrie et la limitation des moyens des foyers ARALIS et SONACOTRA, les animateurs et participants à ces journées concluaient à la nécessité d'une coopération continue et formalisée étayée sur plusieurs dispositifs. Parmi eux, on trouve la mise en place de permanences de psychiatrie en foyer contre la mise à disposition de logements, l'implication du service de psychiatrie dans les procédures d'admission, des séances d'analyse de la pratique et des discussions autour de cas difficiles avec le personnel psychiatrique. En face, les psychiatres présents redoutent une croissance de la charge des services de psychiatrie mais acceptent l'idée de passer convention avec des établissements "à condition d'avoir une réelle autorité sur l'admission".¹⁵³⁰

La constitution d'un réseau appelé "Partage de compétences" initié par le Contrat de ville de Pierre-Bénite offre la possibilité de mettre en valeur les tensions issues d'un partage des compétences entre plusieurs acteurs locaux. En juin 2002, le contrat de ville fait appel à des universitaires pour évaluer, en collaboration avec la commission "santé" animée par le chef de projet du contrat de ville, l'efficacité du partenariat des acteurs de Pierre-Bénite dans la prise en charge de la souffrance psychique. Un diagnostic "Souffrance psychique" est établi ; la commission santé de Pierre-Bénite va engager un travail de "réappropriation" du diagnostic établi à partir de trente-huit entretiens avec les acteurs sanitaires, sociaux, judiciaires, éducatifs, politiques, associatifs et policiers intervenant auprès de la population de la commune.

Le diagnostic établi pointe la marginalisation de certains acteurs de première ligne en ces termes :

"Le réseau exclut souvent certaines catégories d'acteurs, qui ne sont pas forcément les moins concernés : les animateurs socio-éducatifs notamment. [...]"

¹⁵²⁷ Docteur Bon, intervention sur l'interface SDF, Rapport intermédiaire de la Formation-action "Logement et psychiatrie" des 16 et 17 octobre 2003, Economie et Humanisme, p. 19.

¹⁵²⁸ Rapport intermédiaire de la Formation-action "Logement et psychiatrie", *op. cit.*, p. 33.

¹⁵²⁹ Par exemple, la Sonacotra, soumise au Droit privé de l'entreprise est gérée grâce à des financements FSL, RMI, DDASS FASILD en nette diminution. Le Fonds de Solidarité Logement a en effet diminué ses budgets de 50% en 2003 ; le FASILD se désengagera de la gestion en 2007. La disparition des emplois jeunes augmente la disparition du personnel d'accompagnement social en foyer Sonacotra. La convention de collaboration qui liait le secteur G14 de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu et la Sonacotra depuis mars 2003 a débouché sur une permanence psychiatrique sur site assurée par un infirmier et une assistante sociale en échange de quoi la Sonacotra devait mettre à disposition une chambre de 7 m². La permanence prit fin avec la dénonciation de la convention par les partenaires de l'accompagnement social.

¹⁵³⁰ Rapport intermédiaire de la Formation-action "Logement et psychiatrie", *op. cit.*, p. 36.

Le manque d'attention vis à vis de certains acteurs pourtant susceptibles de détecter une grande souffrance psychique, est notable, alors que leurs lieux d'exercice "dédramatisés" permettent certains liens affectifs avec les animateurs – lieux propices à l'expression. Les travailleur(se)s à domicile de l'ADIAF par exemple, qui sont les acteurs les plus invisibles, font partie de cette catégorie mais ne sont jamais consultés sur ces questions." ¹⁵³¹

Le manque de liens avec d'autres acteurs (écoles primaires, Maison de quartier, Foyer Sonacotra) est mis en évidence par le diagnostic. S'y ajoute le constat d'une crainte de "psychiatisation du social" chez certains, débouchant sur la "coexistence de démarches qui ne semblent pas pouvoir ou vouloir se rendre compatibles les unes les autres".

Au delà des réticences locales à travailler avec les acteurs des soins psychiatriques, le diagnostic "Souffrance psychique" est l'occasion de désigner des dysfonctionnements non spécifiques à la prise en charge de populations en souffrance psychique. En effet, le rapport issu de la consultation des acteurs de Pierre-Bénite consacre un développement aux "poches d'incohérence" dans lequel on pointe, ici "l'incohérence du fonctionnement de la Maison du Développement"¹⁵³², là une Protection judiciaire de la jeunesse qui semble "ne pas avoir toujours de liens à la hauteur des enjeux qu'elle cible" ou encore le fait que "les bailleurs n'intègrent pas certaines urgences de relogement, en cas de conflit conjugal par exemple".

Ainsi, la consultation et la concertation avec les acteurs locaux sont l'occasion de mettre en cause l'efficacité de certaines structures. Ceci explique en partie à quel point les acteurs de la commission santé mise en place par le Contrat de Ville ont eu du mal à s'approprier le diagnostic pourtant établi à partir de leur consultation. Ainsi, le chef de projet dut demander à la rédactrice du diagnostic de nuancer les conclusions remettant directement en cause la compétence de certains acteurs ou d'éviter de nommer directement les professionnels faisant l'objet de vives critiques de la part de leurs partenaires institutionnels occasionnels ou permanents. Certaines informations ont donc été omises et sont remontées à la mairie auprès du Secrétaire général des services municipaux sans figurer dans le rapport rendu public auprès des membres de la commission santé car elles visaient explicitement des professionnels posant un problème général de compétence. Cet épisode lyonnais montre bien que la mise en réseau nécessite à un moment donné un jugement de compétence des différents professionnels requis pour travailler en réseau.

En outre, il existe chez de nombreux professionnels le sentiment a priori d'un déni de compétence. On retrouve cette impression chez plusieurs acteurs, qui ont pour point commun d'exercer habituellement leur capacité légale à agir ou à alerter d'autres professionnels ("C'est sensé faire du lien institutionnel comme si on n'en faisait pas déjà !")¹⁵³³. La sensation d'une non reconnaissance du "travail bien fait" émerge systématiquement lorsqu'il est question d'aborder les quelques dysfonctionnements du

¹⁵³¹ *Diagnostic partagé "Souffrance psychique", Contrat de ville de Pierre-Bénite-GREPH, septembre 2002, p. 11.*

¹⁵³² Cette structure doit offrir des possibilités d'insertion économique à la population.

¹⁵³³ Entretien avec l'une des assistantes sociales du secteur 27.

partenariat entre acteurs de champs différents. Cette donnée explique largement le caractère extrêmement long de la mise en place d'un dispositif de réseau formalisé.

Plusieurs mois et de multiples réunions de la commission santé ont ainsi été nécessaires pour pallier les réticences des professionnels à reconnaître les dysfonctionnements dans le travail de partenariat courant¹⁵³⁴. Notons tout de même que l'isolement d'un professionnel n'est pas systématiquement associé à son incompetence mais souvent à sa vocation ses contraintes propres. Ainsi, des différentes vocations des structures (socio-éducative, médicales, sociale ou répressive...) dépendent évidemment les moyens et la capacité légale à "agir" en cas de souffrance psychique nécessitant une prise en charge spécifique. Le fait que tous ne soient pas soumis aux mêmes contraintes réglementaires (secret professionnel ou devoir de signalement) contribue largement à rendre plus ou moins naturelles l'orientation ou le signalement de personnes en souffrance psychique dans le cadre d'un réseau institué de professionnels¹⁵³⁵.

Au-delà de ces enseignements, il s'agit désormais de présenter les conséquences pratiques de la consultation des acteurs de Pierre-Bénite sur le travail en réseau autour de la souffrance psychique des publics. Les nombreuses réunions ayant suivi l'étude menée en 2002 ont abouti à la constitution d'un réseau nommé "partage de compétences" devant répondre plus à des situations sociales difficiles plus qu'à des pathologies, malgré la persistance d'une "distinction floue entre souffrance psychique/pathologique"¹⁵³⁶. Ce réseau est conçu comme un espace inter-professionnel constitué d'un noyau dur de cinq membres¹⁵³⁷, coordonné par le Contrat de ville. Il a vocation à devenir un "lieu d'échange entre professionnels d'horizons différents" dans "l'esprit d'un secret partagé", fonctionnant sur le mode d'une discussion autour d'un cas porté par un professionnel en difficulté. Une telle solution est adoptée en l'absence de possibilité pour le secteur psychiatrique couvert par l'Hôpital Saint Jean de Dieu de contribuer matériellement à un nouveau dispositif, comme l'indique le diagnostic établi en 2002.

Le chef de projet de contrat de ville nous a fait part, peu avant son départ, de l'avancée de ce projet en octobre 2003 :

"Ce dispositif a été validé en commission santé. La mixité du groupe faisait l'intérêt de cet espace nouveau... Si en 2004, on voit que ça dépasse les

¹⁵³⁴ Ainsi, il faut attendre mars 2003 pour que le compte-rendu de la commission santé insiste sur la «nécessité de répondre à un isolement du professionnel» Compte-rendu de la commission santé du 14 mars 2003, "Diagnostic souffrance psychique- Discussion autour des préconisations", Contrat de ville de Pierre-Bénite.

¹⁵³⁵ Les difficultés d'accès au CMP adultes en terme de délais, beaucoup moins problématiques pourtant que s'agissant du CMP enfants, ont atténué le réflexe d'orientation vers ce type de structure médico-psychologique. De plus, le Centre Solstice qui accueille dans des délais extrêmement brefs des personnes en difficulté psychique, est peu connu des acteurs de la commune.

¹⁵³⁶ Eléments de synthèse du diagnostic, 17 janvier 2003, Contrat de ville de Pierre-Bénite, p. 1.

¹⁵³⁷ Une assistante sociale, un médecin, un éducateur PJJ, une structure de proximité et le contrat de ville pour la coordination, Proposition réactualisée suite à la rencontre du 23 mai 2003, "Vers la constitution d'un réseau PARTAGE DES COMPETENCES", Contrat de ville de Pierre-Bénite, 16 septembre 2003, pp. 1-2.

compétences des membres de cet espace, peut-être faudra-t-il mobiliser un budget pour quelqu'un qui a une expertise psychiatrique" ¹⁵³⁸ .

La mise en place de ce dispositif a pris de nombreux mois du fait de la nécessité d'appropriation par les professionnels locaux du diagnostic demandé par le contrat de ville, mais également du fait que l'enquête réalisée a mis à jour des dysfonctionnements remettant partiellement en cause la compétence de certains. En outre, l'avenir de cet espace inter-professionnel semble tributaire du recrutement d'un nouveau chef de projet du contrat de ville. Ainsi, le chef de projet ayant présidé à la maturation des propositions, parti sur un autre poste en octobre 2003 nous confiait juste après son départ :

"Le problème, c'est que le poste de chef de projet est vacant et qu'ils cherchent plutôt un profil urba pour mon successeur. Après, il faudra que le nouveau chef de projet soit sensible à ces questions sinon ça va retomber comme un soufflé"

¹⁵³⁹ .

En octobre 2004, les premières séances du réseau "partage de compétences" doivent débiter.

Les réactions psychiatriques à la constitution d'un Conseil local de santé mentale dans le XXème arrondissement de Paris témoignent du scepticisme d'une équipe de secteur quant à l'authenticité de la volonté politique affichée en matière de santé mentale.

Nous voudrions désormais aborder la question de la perception psychiatrique de l'implication politique locale. Puisque notre partie s'attache aux obstacles au travail de réseau, nous nous porterons sur le problème de l'absence de légitimité d'un dispositif de réseau dans les représentations d'une équipe soignante. Ici, le cas parisien du XXème arrondissement nous fournit un lieu propice pour ce genre d'interrogation.

Le personnel de l'équipe psychiatrique du secteur 27 demeure sceptique quant au fonctionnement du Conseil local de santé mentale. Premièrement, les réunions du conseil local seraient peu efficaces d'après l'une des assistantes sociales de secteur :

"Le CLSM a fait évoluer les choses. Ça avance un peu. C'est différent d'il y a dix ans et ça n'est pas seulement à cause de la couleur politique. Les membres de droit sont les médecins chefs. Mais on a des retours, qui d'ailleurs sont peu motivants. Ces réunions apparaissent inutiles pour l'instant" ¹⁵⁴⁰ .

Deuxièmement, il s'agit de manifester sa déception face à la faible participation du personnel psychiatrique à ce conseil ("nous, on est un peu en marge de ce conseil")¹⁵⁴¹ .

Un psychiatre du centre de postcure nous fait part d'une telle déception en ces termes :

"Le CLSM a réapparu avec Charzat et Gouriou sauf qu'ils ont décidé de mettre tout l'associatif et pour les secteurs : juste Safran et un suppléant, moi. Personnellement, je m'en fiche mais c'est mal vécu" ¹⁵⁴²

¹⁵³⁸ Entretien avec Madame Violette, Chef de projet du contrat de ville de Pierre Bénite.

¹⁵³⁹ Ibid.

¹⁵⁴⁰ Entretien avec Madame Lycopode.

¹⁵⁴¹ Ibid.

Cette réaction s'inscrit dans une déception plus globale face à ce qui est apprécié comme une récupération politique d'initiatives émanant des équipes de secteur. L'épisode de la création d'un Café-club nommé le Bouffadou en fournit un bon exemple. Le Bouffadou est évoqué dans le Livre Blanc sur la Santé Mentale rédigé par Madame Gouriou et la commission de coordination du CICA 20ème sous la rubrique "Quelques initiatives associatives". Du côté des psychiatres, l'ancienne responsable du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel relate le travail réalisé sur le projet de café-club en vue de mettre en place des groupes à l'extérieur co-animés par des professionnels. Les finances de l'administration hospitalière ont permis d'acheter un lieu mais pas de créer un poste d'animateur. Le café club fonctionne donc avec un partenariat avec la FNAPSY, par le biais de l'association des Cardeurs. Du coup, les soignants ont été exclus de la convention de partenariat, ce qui a entraîné une grande réticence à l'égard des élus :

"La direction de Maison Blanche a directement traité avec la FNAPSY : c'est très maladroit par rapport au personnel du secteur. Madame Finkelstein est très envahissante et est très instrumentalisée par la direction. On n'est pas dans la convention et celle-ci ne porte que sur les locaux !! Le partenariat, c'est une complémentarité de locaux ! Madame Gouriou, la femme de Monsieur Charzat, chargé d'une mission sur la santé mentale, a été très active parce que ça fait très bien au niveau politique d'avoir un club prôné par la FNAPSY ! Madame Gouriou a fait son projet et a invité les trois chefs de secteur du XX^{ème}. On crée un truc et c'est récupéré à des fins politiques. La seule question que Monsieur Charzat nous a posée, c'est : "les infirmiers habitent-ils le 20^{ème} ? ! ... si le secteur n'est pas là, ça ne marchera pas ce café-club". ¹⁵⁴³

Le rapport établi en 2002 par le maire du XXème arrondissement en sa qualité de député, à la demande de Ségolène Royal consacre un développement au Café-Club le Bouffadou. Son contenu confirme le rôle actuel dévolu à l'association des Cardeurs mais demeure pour le moins contradictoire quant à l'initiative du projet. En effet, le document indique que l'équipe permanente du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel est à l'origine du projet mais indique également "projet intersectoriel d'une association de l'un des trois secteurs du XXème arrondissement" et fait correspondre à la rubrique "Promoteur" "l'association des Cardeurs". L'Etablissement Public de Santé Maison Blanche est désigné comme partenaire au projet et effectivement, l'équipe de secteur est l'origine du projet. L'invitation de la mairie faite à cette même équipe à participer à l'inauguration du Café-Club en 2003 suscite donc la contrariété des praticiens, qui se sentent dessaisis d'un de leurs projets. En dépit d'une telle déception, le chef de service du secteur 27 se réjouit de la concrétisation du projet "Bouffadou" même s'il déplore que l'autonomisation du projet ait un peu "oublié le secteur en cours de route"¹⁵⁴⁴.

Le rapport établi par Monsieur Charzat, maire du XXème arrondissement de Paris, fait explicitement référence à l'exemple "d'implication d'élus"¹⁵⁴⁵ dans le cadre du Comité

¹⁵⁴² Entretien avec le Docteur Armoise.

¹⁵⁴³ Ibid.

¹⁵⁴⁴ Entretien avec le Docteur Safran.

d'initiative et de Consultation d'Arrondissement CICA Paris 20^{ème}. Nous avons montré que la mise en place d'une réflexion sur le thème de la santé mentale a débouché certes sur la rédaction d'un Livre Blanc sur la Santé Mentale, mais surtout sur la création d'un conseil de santé mentale qui en est à ses balbutiements. L'absence de moyens et de poste affectés à l'animation et au travail d'un tel conseil¹⁵⁴⁶, ainsi que la lourdeur de son maniement¹⁵⁴⁷ empêchent ce dispositif de s'institutionnaliser. L'impression de "réunions inutiles" de la part des psychiatres conviés aux réunions du conseil, le constat de retours "peu motivants" par les assistantes sociales de secteur, confirment la difficulté d'appropriation du dispositif par les acteurs psychiatriques. Enfin, le fait que le Conseil local de santé mentale ne soit pas perçu comme une instance légitime de travail et de concertation du réseau relativise largement le diagnostic positif porté par les élus locaux dans le Rapport Charzat.

En effet, ce qui frappe particulièrement, c'est que les membres de l'équipe du secteur 27, à l'exception du psychiatre et des assistantes sociales que nous venons de citer, n'ont jamais évoqué le conseil local de santé mentale lorsque nous leur avons demandé d'expliquer leurs liens avec d'autres acteurs impliqués dans la trajectoire des patients. Le chef de service du secteur nous a même confié son agacement à l'idée d'instituer de nouveaux intermédiaires entre les institutions psychiatriques et les acteurs avec lesquelles elles sont en lien («c'est parfois une surcharge bureaucratique, il faut un responsable de ceci ou cela...ça sert à rien sauf à mettre un intermédiaire de plus. On n'en a pas besoin»)¹⁵⁴⁸.

En somme, quelques-uns dans l'équipe de secteur perçoivent le conseil local de santé mentale soit comme une structure inefficace, soit comme un dispositif non démocratique ; mais la très grande majorité n'y fait même pas allusion. Plusieurs éléments peuvent expliquer cet état des représentations. Tout d'abord, la psychiatrie de secteur y est très faiblement représentée. Ensuite, l'initiative de création du conseil local de santé mentale ne provient pas du secteur psychiatrique. Le conseil de santé mental butte ainsi sur une exigence formulée par le Comité d'action Syndicale de la Psychiatrie en ces termes :

"La psychiatrie organise le réseau de santé mentale : la psychiatrie est naturellement fédératrice et référente des actions menées en réseau dans le champ de la santé mentale en articulation avec les domaines de l'éducation, de la justice, des services sociaux..."¹⁵⁴⁹.

Enfin, la déception globale de l'équipe soignante quant à la prise en compte politique de

¹⁵⁴⁵ Rapport Charzat, "Exemple d'implication d'élus : Comités d'Initiative et de Consultation d'Arrondissement CICA Paris 20^{ème}", Annexe 4, p. 132.

¹⁵⁴⁶ Le conseil de santé mentale est animé par un bénévole.

¹⁵⁴⁷ A ce jour, deux réunions de deux heures depuis janvier 2003 ont eu lieu.

¹⁵⁴⁸ Entretien avec le Docteur Safran.

¹⁵⁴⁹ *Comité d'Action Syndicale de la psychiatrie, Point 8, "Douze points pour construire l'avenir de la psychiatrie", op. cit.*

problèmes récurrents (la recherche d'appartements thérapeutiques par exemple), suscite un sentiment d'amertume resurgissant à l'encontre des élus chaque fois qu'ils se réjouissent de l'action politique mise en œuvre pour l'amélioration du sort des patients psychiatriques.

B-2- DES VOLONTÉS INDIVIDUELLES

Nous voulons montrer ici que la signature d'une charte de réseau, si elle comporte des effets symboliques réels sur les membres de l'équipe d'un Centre Médico-Psychologique, emporte des pratiques durables seulement par la conjugaison de volontés individuelles soutenues. L'exemple de la signature d'une Charte constituant un engagement à coopérer pour les acteurs de Pierre-Bénite ou celui des liens entre le Centre Médico-Psychologique parisien dépendant du secteur 27 nous permettront de montrer que le fonctionnement du réseau de santé mentale entre les acteurs de la cité est encore précaire : le maintien du réseau vivant demeure une «question de personne», ce qui constitue l'indice de sa difficulté à s'institutionnaliser.

1. Les effets d'une charte de réseau, un bilan relatif

Le travail de partenariat existait dans les deux secteurs étudiés avant la signature des Chartes de réseau. Mais dans l'un des cas seulement, celui où l'entente entre le secteur, le maire et le Contrat de ville a été déterminante, la charte a un effet symbolique clair auprès du personnel du Centre Médico-Psychologique. Malgré le relâchement du travail de réseau, la charte a visiblement une vertu performative. Ainsi, le cadre de santé qui nous faisait part de l'essoufflement du partenariat affirmait cependant que :

"Avant la Charte, il y avait des liens entre CMP et services sociaux (comme la MDR), mais des liens personnels. Avec la charte, ce sont des liens entre institutions donc ce travail là est beaucoup plus pérenne».¹⁵⁵⁰

La psychologue du Centre Médico-Psychologique indiquait également que :

"La charte a fait exister le CMP au niveau de la mairie. On a une facilité d'accès, on est près de l'espace culturel Baudelaire. Le réseau,... c'est un maillage de la cité qui fait qu'on peut se parler, se soutenir. La charte y a participé mais le travail a toujours existé avec les médecins de la "PMI ou les travailleuses familiales" .¹⁵⁵¹

Pour une infirmière travaillant dans le même service, la fonction de la Charte fut surtout d'officialiser un travail préexistant avec les assistantes sociales ou les infirmiers des lycées et collèges, même si les réunions avec la Maison Départementale du Rhône et la Mission Locale en sont directement issues :

"Beaucoup de choses existaient avant la charte : ça a surtout officialisé. C'est surtout avec la charte, les réunions avec la MDR et la mission locale (une fois par mois). Au total, on a une réunion institutionnelle par mois et deux réunions cliniques avec les partenaires, sauf urgence" .¹⁵⁵²

¹⁵⁵⁰ Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.

¹⁵⁵¹ Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

Un jeune psychiatre nous confiait également qu'en tant qu'interne, il avait connu une pratique de réseau dix ans auparavant dans d'autres services, et même dans un autre hôpital, "à partir de l'intra"¹⁵⁵³. De telles affirmations pourraient laisser croire à l'absence d'effet de la signature d'une Charte de réseau. Pourtant, l'effet symbolique de cette charte est remarquable.

Christine Dourlens, chercheur au CERPE¹⁵⁵⁴, propose d'étudier les 'chartes', comme des outils privilégiés du développement d'un travail en réseau opérant aux marges des institutions classiques. Christine Dourlens distingue alors entre les "chartes de regroupement" et les "chartes de réseau" : les premières rassemblent des acteurs dont les pratiques professionnelles sont proches¹⁵⁵⁵ ; les secondes consacrent des formes de coopération souple entre des acteurs hétérogènes du point de vue de leurs compétences et de leur statut. Cette chercheuse montre que le paradoxe des chartes consiste à "publiciser un lien et de paraître en privatiser le sens", d'où la nécessité de connaître son contexte d'élaboration et les objectifs poursuivis par les différents signataires.

Le 25 juin 1999, le Centre Hospitalier le Vinatier et la municipalité de Rillieux-La-Pape signent une charte intitulée «Charte pour le renforcement de la politique de prévention en matière de santé mentale» concernant deux services, l'un de psychiatrie infanto-juvénile, l'autre de psychiatrie adulte. Cette charte correspond exactement aux critères définis par Christine Dourlens : elle est effectivement une mise en représentation de quelque chose qui s'est déjà expérimenté, un «moment de cristallisation»¹⁵⁵⁶ où les connivences personnelles sont d'importants vecteurs.

La charte a en effet été le fruit de trois volontés majeures :

- l'administration hospitalière qui a financé le projet et permis l'agrandissement des locaux (crédits ou autres : lieux...) ¹⁵⁵⁷,
- le médecin chef et l'équipe infirmière, elle-même habituée à une pratique de réseau plus ancienne ¹⁵⁵⁸,
- la mairie.

¹⁵⁵² Entretien avec Madame Mimosa, infirmière.

¹⁵⁵³ Le soutien du directeur de l'hôpital est en partie lié à l'incitation ministérielle au travail de réseau d'après le médecin chef ("on était un peu la danseuse de S. [...] S., directeur de l'hôpital m'a dit "fais-le" vu l'incitation du ministère pour la politique de réseau)".
Le Docteur Laurier faisait allusion aux services du Docteur Furtos au Vinatier, ainsi qu'à un service de Saint-Jean de Dieu.¹⁵⁵⁹

¹⁵⁵⁴ Centre d'Etude et de recherche sur les pratiques de l'espace.

¹⁵⁵⁵ Il s'agit par exemple des chartes de médiation de l'accompagnement scolaire, ou de l'accompagnement social ou plus marginalement de la charte du patient hospitalisé. Christine Dourlens, "Action collective, engagement privé : la régulation par les chartes", in André Micoud et Michel Peroni(dir), *Ce qui nous relie*, Collection société et territoire, Editions de l'Aube, 2000, p. 319.

¹⁵⁵⁶ Christine Dourlens, "Action collective, engagement privé : la régulation par les chartes", *op. cit.*, pp. 320-321.

¹⁵⁵⁷ "L'agrandissement des locaux a été un plus pour recevoir les patients" (Entretien avec le Docteur Acacia).

¹⁵⁵⁸ Le Docteur Schneider, qui était psychiatre au CMP auparavant était très actif en la matière et les infirmiers ont initié depuis quelques années cette pratique partenariale.

création d'un CATTP pour adolescents"¹⁵⁶⁵ représentant quatorze des postes cités dans la Charte. La Charte fut donc l'occasion de définir "sur papier" un redéploiement prévu pour des postes en intra-hospitalier passant en extra"¹⁵⁶⁶. Concrètement, cela signifie que la Charte n'a pas "créé" quatorze postes mais a officialisé le maintien des postes infirmiers du secteur, et la création d'un poste d'assistante sociale. Les infirmiers attribuent donc à tort à la Charte la création de leur poste"¹⁵⁶⁷.

Deux postes, celui de la médiatrice de réseau et celui d'une assistante sociale sont en revanche directement issus de la conclusion de la Charte :

"Un gros travail a été fait sur la fidélité par rapport à l'esprit. Les 16 postes, c'était du pipeau mais pas la psychologue et l'assistante sociale supplémentaires. C'est par le redéploiement en interne qu'on a trouvé des extra-hospitaliers" ¹⁵⁶⁸

Nous allons maintenant dresser un bilan de la Charte quatre ans après sa signature. En 2003, les liens entre le chef de service responsable du Centre Médico-Psychologique et le maire existent encore mais le départ de l'agent de développement social du contrat de ville est jugé extrêmement préjudiciable pour le partenariat avec les acteurs locaux. L'agent de développement social du Contrat de Ville semble avoir eu un rôle déterminant pour la mise en œuvre des actions de la Charte, comme le souligne ce cadre de santé :

"J'ai des interlocuteurs à la mairie. Et y a Jacky Darne. On a beaucoup de liens avec les associations et les MDR" ¹⁵⁶⁹

Sandra Philippe rappelait en 2002 que la politique de la ville incarnait un type d'action publique appuyée sur la gestion territorialisée des problèmes publics. Mais elle opposait au territoire le "mode d'action sectoriel" inapte à apporter des réponses transversales aux problèmes. Nous ne faisons pas le même constat. Ainsi, alors que la Délégation Interministérielle à la Ville "légitime son intervention dans le domaine de la santé mentale" sur "l'incapacité du savoir psychiatrique traditionnel à interpréter et rendre compte de situations au croisement des vulnérabilités individuelles et des processus de précarisation et de violences sociales"¹⁵⁷⁰, l'expérience de réseau menée par le secteur intervenant à Rillieux-La-Pape ne conduit nullement à la conclusion d'une incapacité du secteur à résoudre des besoins locaux spécifiques à un milieu urbain précarisé, et encore moins à une opposition entre une logique de territoire et une logique de sectorisation puisque le territoire desservi par un secteur, qui peut certes regrouper plusieurs communes,

¹⁵⁶⁵ Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁵⁶⁶ Avant 1998, il y avait 2, 9 ETP au Centres Médico-Psychologique. Après 1999, il y en aura 5,8.

¹⁵⁶⁷ Un infirmier nous confiait ainsi : "Il y a eu une cérémonie en 2000. C'est bien. C'était officialisé et mon embauche a été liée à cela".

¹⁵⁶⁸ **Entretien avec le Docteur Ajonc. Le poste de psychologue est celui de la médiatrice de réseau.**

¹⁵⁶⁹ **Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.**

¹⁵⁷⁰ Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, op. cit., p. 109.

n'empêche nullement la contractualisation entre le secteur et l'une des communes qu'elle dessert. C'est justement parce que le secteur psychiatrique n'est pas un mode d'action sectoriel au sens de Sandra Philippe que la ville et le secteur psychiatrique trouvent un terrain commun d'action.

Ici en effet, l'exemple du partenariat ville-secteur psychiatrique prouve de surcroît que si la ville a joué un rôle d'impulsion important dans le renforcement du partenariat entre les acteurs psychiatriques et les autres acteurs de la cité, elle n'a pas honoré la part de son contrat puisqu'elle n'a pas créé le second poste de médiateur de réseau prévu dans la convention initiale.

Toutefois, le fait que le départ de l'agent de développement social du contrat de ville soit regretté en raison même du rôle d'interlocuteur privilégié qui lui fut attribué atteste de l'utilité d'une politique de la ville constante dans le suivi des partenariats médico-sociaux.

En pratique, sur les postes de médiateurs de réseau initialement prévus, l'hôpital en a financé un sous la forme d'un emploi-jeune (temps partiel à 80%) attribué à une psychologue en formation. La médiatrice de réseau a essentiellement travaillé à organiser des rencontres entre acteurs locaux de différents champs. Certaines de ces rencontres ont débouché sur la conclusion de conventions, comme par exemple celle réglant l'usage des structures sportives de la mairie par le centre de jour.

Le chef de service, ainsi que le personnel du Centre Médico-Psychologique jugent le travail de la médiatrice de réseau très satisfaisant :

"B. a fait un bien énorme en tant que médiatrice de réseau ... C'est une sorte de porte-parole du secteur et elle avait la compétence à terme pour nous représenter. Elle était la représentante du secteur auprès des professionnels, des AS et des directeurs scolaires." ¹⁵⁷¹ .

La coordinatrice de réseau a notamment permis de décharger le personnel d'un travail non soignant, comme l'indique cet infirmier :

"Madame Potentille s'occupait des liens avec la mairie. C'était important car on pouvait pas se rendre à toutes les réunions. Elle savait ce qu'on faisait ici ; elle connaissait toutes les associations, et les problèmes cliniques" ¹⁵⁷² .

Ce travail de "prise de contact", de "tissage" est perçu par l'équipe comme participant à la destigmatisation de la psychiatrie auprès des acteurs de la cité, comme la mairie ou le collège.

La seconde activité directement issue de la Charte réside dans la mise en place d'une aide aux aidants ("Pour moi, c'est surtout ça la charte car le travail de partenariat existait déjà")¹⁵⁷³. Cette aide aux aidants a pris la forme de réunions régulières : certaines avec le Centre Communal d'Action Sociale, l'Agence Nationale pour l'Emploi ou la mission locale, d'autres avec la Maison départementale du Rhône. Ces réunions ont essentiellement pour objet d'analyser des situations précises concernant les personnes

¹⁵⁷¹ Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁵⁷² Entretien avec Monsieur Liseron, infirmier.

¹⁵⁷³ Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

prises en charge par ces structures.

Au moment où nous nous sommes entretenue avec le personnel du Centre Médico-Psychologique, seules les réunions avec la Maison Départementale du Rhône continuaient, les autres ayant été interrompues en octobre 2002, en raison d'une faible participation. La reprise de l'aide aux aidants semblait alors marquée par une certaine incertitude ("l'aide aux aidants va peut-être reprendre")¹⁵⁷⁴.

2. Une question de personne

La mise en place d'un réseau formalisé reste une "question de personne". Le caractère aléatoire de la survie du réseau, renforcé par le "turn over" des professionnels, est manifeste lorsque l'on rassemble les différents témoignages recueillis.

Ainsi, la recherche et l'établissement de partenariats prend souvent l'allure d'un véritable parcours du combattant aux résultats particulièrement modestes. La multiplication des démarches visant à la création d'appartements thérapeutiques, particulièrement à Paris, illustre bien cette difficulté :

"En 1987, on a eu un premier appartement thérapeutique ; j'ai fait les mairies, les offices HLM et puis par piston avec le REVP, j'en ai trouvé deux à Aubervilliers (on les a laissés depuis) mais dans le XX^{ème}, c'est impossible. On a continué à se battre pour un appartement dans le secteur et les 3F, office ILM a accepté d'en attribuer. Au final, on a un appartement pour trois patients tout près d'ici et un studio à la limite du XIX^{ème}. Un bail glissant a été possible : ça permet le passage de l'appartement collectif au studio individuel. Mais maintenant les 3F refusent" ¹⁵⁷⁵.

En région lyonnaise, le constat est identique. Les obstacles à la pérennisation du partenariat sont multiples et le chef de service ayant activement participé à la signature de la Charte déjà évoquée nous livrait son inquiétude quant à l'actualisation de la Charte signée en 1999 :

"Pour être honnête, ça a du plomb dans l'aile actuellement car il faut trois volontés majeures pour créer un truc comme ça". ¹⁵⁷⁶

Ce chef de service voulait, comme l'un de ses collègues avant son arrivée¹⁵⁷⁷, pérenniser d'institution à institution. Aujourd'hui, plusieurs faits signalent la précarité de l'actualisation de la Charte de santé mentale de 1999.

Tout d'abord, le statut de la médiatrice de réseau, un emploi-jeune, indique la précarité du poste créé. Ensuite, tout le personnel s'accorde à dire que l'on ne peut remplacer la psychologue engagée initialement pour ce poste, en congé maladie depuis

¹⁵⁷⁴ Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.

¹⁵⁷⁵ Entretien avec le Docteur Armoise.

¹⁵⁷⁶ Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁵⁷⁷ Gilles Onagre a connu le prédécesseur de l'actuel chef de service : "Avant, on avait Scheider, avant Ajonc, il avait lancé l'idée de travailler avec la MDR. Il a fait un travail de réseau, c'était lié à sa personnalité" (Entretien avec Gilles Onagre).

plusieurs mois. Or si sa fonction s'était pérennisée, rien ne ferait obstacle à la remplacer, même provisoirement. Les témoignages du personnel du Centre Médico-Psychologique confirment la personnalisation de la fonction de médiateur de réseau, ce qui conforte notre analyse. Ainsi, pour le chef de service, "l'idée force de la charte est que ce ne soit pas une question de personne mais ce n'est pas le cas"¹⁵⁷⁸. La médiatrice de réseau n'est pas remplacée car "si on prend quelqu'un d'autre, c'est dommage"¹⁵⁷⁹, nous confiait un infirmier. Le chef de service indiquait même que la médiatrice de réseau est irremplaçable au motif que cette dernière était "la personne de la fonction"¹⁵⁸⁰.

L'absence de la médiatrice de réseau a compromis le développement de liens avec certaines institutions. Un jeune psychiatre attribue ainsi spécifiquement le défaut de signature d'une convention avec la mission locale au départ de la médiatrice de réseau :

"Madame Potentille a officialisé des liens et par exemple le contrat avec la mission locale n'a pas abouti car elle est partie"¹⁵⁸¹.

Pour le cadre de santé, si Madame Potentille était encore là, elle se chargerait des partenariats en attente ("moi j'ai du mal à réunir les gens et ça irait plus vite. Elle aidait bien au lien entre les deux CMP enfant et adulte")¹⁵⁸². Les infirmiers ou le cadre de santé du service attribuent tous aux départs de la médiatrice, de l'agent de développement social du Contrat de ville et du directeur du Vinatier, conjugués à la diminution des moyens du secteur, l'essoufflement des partenariats. Depuis le départ de l'agent de développement social du Contrat de ville, les liens avec la mairie se sont effectivement distendus ("les 9/10ème des liens avec la mairie ont disparu")¹⁵⁸³.

Le chef de service qui avait été très actif dans l'élaboration de la Charte le déplore car le fait "d'avoir des gens en commun" avec la mairie s'était avéré très fructueux pour résoudre dans le même temps les problèmes de santé mentale de personnes ne formulant pas de demande de soin et les difficultés d'un corps social démunie face à l'échec d'un travail social traditionnel. Le diagnostic du chef de service témoigne de l'échec relatif de l'institutionnalisation des partenariats :

"A mon sens, si le poste était financé par la mairie, je pense que ça ne marcherait pas pour autant. Tout est question de volontés individuelles et c'est donc très aléatoire"¹⁵⁸⁴.

Le réseau est "une question de personne"¹⁵⁸⁵ d'après quasiment tout le personnel du

¹⁵⁷⁸ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹⁵⁷⁹ Entretien avec Monsieur Liseron.

¹⁵⁸⁰ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹⁵⁸¹ **Entretien avec le Docteur Bleuet.**

¹⁵⁸² Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.

¹⁵⁸³ Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁵⁸⁴ **Entretien avec le Docteur Ajonc.**

Centre Médico-Psychologique. Du coup, il n'existerait pas tant de différences entre un réseau formel et le réseau informel de chaque soignant. En effet, les liens établis suite à la charte sont soumis à la même précarité que ceux constituant tout le réseau personnel de chaque soignant. Dès lors, chaque départ compromet le réseau dans son ensemble ("si moi par exemple je m'en vais, ça s'arrête")¹⁵⁸⁶.

Tout porte à démontrer la difficulté à institutionnaliser les liens du secteur psychiatrique avec les acteurs non soignants de la cité. Lorsqu'on demandait ce qu'évoquait le terme de "réseau" à ce jeune psychiatre, sa réponse sonnait comme un constat d'échec :

"L'intérêt de l'institutionnel, c'est de fixer les choses, de les rendre plus durables. Les liens avec les généralistes ou les foyers sont très individuels. Et puis ça dépend du turn over du personnel."¹⁵⁸⁷

Le problème de l'institutionnalisation du réseau prend donc une dimension spécifique lorsque l'on sait la nécessité pour les soignants en psychiatrie de "l'institutionnel", tel qu'il a été pensé et pratiqué depuis plusieurs décennies, en référence à la psychothérapie institutionnelle. La faillite d'une pratique de réseau que certains nomment démocratique, emporterait donc avec elle des conséquences en terme d'efficacité thérapeutique. Le constat d'une opposition entre la personne et la fonction s'avère donc aussi problématique du point de vue de la "clinique du sujet".

L'étude du "réseau en mots" révèle que des représentations contradictoires s'affrontent, qui émanent d'un côté des professionnels de la psychiatrie publique, et de l'autre des responsables politiques tendant à opposer le réseau au secteur. Le même examen met en valeur des niveaux de discours spécifiques, à l'intérieur même de la psychiatrie, discours ayant pour point commun le souci de ne pas sacrifier les exigences de l'idée de secteur. Ayant saisi définition praticienne du réseau, qui fait découler naturellement l'existence du réseau de la vie du secteur, il nous fallait analyser le "réseau en actes" pour comprendre son lien de dépendance à la bonne santé du secteur. Ainsi, parce que les pratiques de secteur sont fragilisées en raison d'une impasse démographique d'une part, et pour cause d'inachèvement du développement des structures extra-hospitalières, le réseau dans lequel s'inscrit l'institution psychiatrique se précarise. En outre, les difficultés de la mise en réseau de professionnels appartenant à des champs différents, essentiellement liées au caractère chronophage de sa pérennisation et au jugement de compétence qu'elle implique, accentuent le manque d'institutionnalisation des partenariats. Parce qu'il est encore une question de volonté individuelle, parce qu'aucun tiers ne garantit ou n'impose l'engagement qu'il promet, le

¹⁵⁸⁵ Le Docteur Bardane signale un autre problème : la personne recrutée pour le poste de médiateur de réseau avait une formation de psychologue (non encore diplômée) et elle s'intégra progressivement à un groupe de patients, ce qui contribua à "brouiller" sa fonction auprès des usagers du service.

¹⁵⁸⁶ Le Docteur Bleuet donne l'exemple des liens personnels qu'il a tissés avec le médecin de l'IME.

¹⁵⁸⁷ *Entretien avec le Docteur Bleuet.*

réseau révèle ses lacunes intrinsèques.

Chapitre III – Des pratiques qui résistent à l'objectivation

Deux pistes d'interrogations ont été choisies dans ce chapitre. La première consiste à apprécier la contestation d'une procédure d'évaluation des soins psychiatriques ; la seconde réside dans l'examen de ce qui est perçu par le segment professionnel du secteur comme une objectivation sociale du psychiatre et de son patient. Si ces deux points sont pensés ensemble dans un même développement, c'est parce qu'ils donnent à voir les psychiatres du monde public mobilisés contre une conception selon laquelle tout savoir s'évalue de la même façon, et que tout savoir doit pouvoir être requis pour produire des effets en matière de gestion des problèmes sociaux.

Les traits d'une culture professionnelle, tels que nous les avons identifiés dans notre thèse, resurgissent dans une résistance à l'objectivation d'un sujet, malade ou soignant, dont attestent aussi bien des actes destinés à défendre la profession dans son entier que des témoignages ordinaires des psychiatres de secteur. L'unité des objets que nous allons soumettre à l'analyse réside dans le fait qu'ils questionnent tous les deux un aspect de la culture professionnelle psychiatrique de secteur. Ainsi, d'une part, l'évaluation du soin psychiatrique proposée par les pouvoirs publics interroge à la fois la dimension médicale et la dimension psychiatrique de cette culture ; et d'autre part, l'extension de compétence du psychiatre met à l'épreuve le rapport ambivalent que la psychiatrie de secteur entretient avec le social. L'ultime développement de notre thèse, consacré à une nouvelle "théorie de la pratique" psychiatrique présente ce que nous considérons comme le moyen pour la psychiatrie de secteur de continuer à constituer un groupe professionnel au sens de Durkheim.

I. La critique d'une évaluation bureaucratique : le cas du PMSI

La qualité des soins peut être évaluée selon plusieurs critères : son contenu est donc d'emblée problématique. L'évaluation de la qualité des soins suppose que l'on définisse a priori ce que l'on objective et comment on l'objective. Retiendra-t-on le coût économique de la pathologie, la réinsertion du malade, la satisfaction de l'utilisateur lui-même, la disparition des symptômes ?

Les psychiatres de secteur se mobilisent depuis quelques années non contre le principe d'une évaluation de la qualité des soins, mais contre celle qui est précisément proposée par les pouvoirs publics. L'outil du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) s'apparente à un dispositif d'évaluation des coûts de la santé. Le critère d'évaluation est donc économique. Cette donnée suggère que le débat sur ce que recouvre "la qualité des soins" est difficilement susceptible de discussions. Ceci explique que les psychiatres de secteur dénoncent l'illusion démocratique d'un tel système

d'évaluation.

L'évitement du débat démocratique explique logiquement que les psychiatres cherchent à défendre une spécificité culturelle raturée du débat public, ainsi qu'à proposer une évaluation définie en fonction de critères internes à la profession.

A- La forme, développement du fond

Les critiques adressées par les praticiens de la psychiatrie publique au dispositif d'évaluation des soins en psychiatrie expérimenté depuis quelques années en France, concernent tant l'instrument que les intentions du législateur, comme deux faces d'un même projet politique. L'objectif affiché par le politique est de mettre une évaluation au service de restrictions budgétaires tout en affirmant une volonté d'améliorer "la qualité des soins". Une double question se pose alors : qu'évalue l'outil mis en place au regard des critères mis en place? Qui définit ces critères ?

Pratiquant cette interrogation, les psychiatres de service public concluent à l'émergence d'un raisonnement bureaucratique qui aurait omis de soumettre aux acteurs de terrain les critères d'efficacité de l'instrument d'évaluation lui-même. Ils vont alors pointer le déficit démocratique de son élaboration et de sa mise en pratique. Nous aurons à cœur de montrer qu'en effet, l'évaluation de la qualité des soins mise en place est essentiellement de nature économique. Il n'est donc pas étonnant qu'elle organise alors un déficit démocratique. Il s'agit bien pour nous de présenter une politique qui, sous des aspects démocratiques, réduit la valorisation d'une culture, à la fois médicale et psychiatrique à l'expression d'une résistance corporatiste banale.

A-1- UN OUTIL CONTESTÉ

D'après Lise Demailly, la quasi-universalité entre toutes les relations de service, qu'elles soient de service public ou non, supposée dans de nombreux travaux scientifiques, n'est pas pertinente dans la mesure où elle "écrase la spécificité des métiers relationnels de service public par rapport aux services à finalité privée"¹⁵⁸⁸. Ici, Lise Demailly identifie cette spécificité à leur composante éthico-politique et à leur dimension tierce institutionnelle :

"Ce qui est dénié dans ces métiers à la prestation de service, c'est d'abord leur composante éthico-politique ou même plus essentiellement politique. La pratique professionnelle (de ces métiers) met en jeu des orientations socio-politiques en deçà et au-delà des débats procéduraux [...] C'est aussi la dimension tierce institutionnelle, qui serait censurée, dont on voit pourtant bien qu'elle résiste à la "socio-économie des services", en ce qu'elle ne se laisse pas absorber dans un simple contrat entre un prestataire et un consommateur". ¹⁵⁸⁹

Le directeur des hôpitaux affirmait en 1995 en inaugurant le programme d'assurance

¹⁵⁸⁸ Lise Demailly, "Les métiers relationnels de service public : approche gestionnaire, approche politique", *Lien social et Politiques*, RIAC, 40, automne 1998, p. 21.

¹⁵⁸⁹ *Ibid*, p. 21.

qualité des hôpitaux de Paris qu'il s'agissait de "répandre dans les établissements des habitudes et des comportements identiques à d'autres secteurs du monde économique"¹⁵⁹⁰. Le PMSI se fixe un tel objectif. Nous verrons ici qu'il est contesté justement en ce qu'il maintient une illusion démocratique en pratiquant la fausse universalité dont parle Lise Demailly.

1. Une évaluation médico-économique

En 1982, Jean de Kervasdoué, chef de la Direction des Hôpitaux du Ministère de la Santé, institue la mission "Programme Médicalisé des Systèmes d'Information". Sur la base de travaux universitaires américains, le PMSI doit permettre de comparer les coûts des établissements de santé pour le traitement des pathologies. Conçu comme un pur instrument de gestion, le PMSI utilise la classification internationale des maladies élaborée par l'OMS. En 1983, une vingtaine d'hôpitaux testent le PMSI à titre expérimental. Le département d'information médicale, créé dans chaque hôpital par une circulaire 24 juillet 1989 est chargé de recueillir les données statistiques nécessaires au PMSI¹⁵⁹¹. Le PMSI devient une obligation légale, sauf pour la psychiatrie, en 1991.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée oblige les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'évaluation de la qualité¹⁵⁹². Elle insère au Code de la Santé Publique un nouvel article rédigé ainsi :

"Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation"¹⁵⁹³.

Cette procédure doit être conduite par une nouvelle instance, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), et ce, au moyen "d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement"¹⁵⁹⁴. Elle est normalement engagée sur l'initiative de l'établissement de santé dans le cadre qui le lie à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation instituée dans un nouvel article L.710-17 du Code de la Santé Publique.

La seconde ordonnance du même jour est consacrée à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. L'ANAES doit accréditer les établissements de santé, grâce à une grille d'indicateurs et suite à la visite de trois de ses experts.

¹⁵⁹⁰ Cité par Jean-Claude Baste, Professeur à l'Université Victor Segalen, Bordeaux II, dans "Le point de vue du médecin", *Les petites affiches*, 21 mai 1997, n°61, p. 22.

¹⁵⁹¹ Circulaire DH/PMSI n°303 du 24 juillet 1989.

¹⁵⁹² L'ordonnance donne cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance aux établissements de santé pour s'engager dans cette procédure.

¹⁵⁹³ **Article L. 710-5 du Code de la Santé Publique.**

¹⁵⁹⁴ *Ibid.*

Les premiers travaux sur l'élaboration de l'outil PMSI en psychiatrie débutent en 1990. Un groupe de réflexion composé de psychiatres d'exercice public est alors constitué. Depuis 1995, s'y associent d'autres professionnels de soins en psychiatrie, des médecins responsables des départements d'information médicale et des directeurs d'établissement. Parallèlement, un second groupe de travail étudie la possibilité de définir une typologie des trajectoires de patients mais la circulaire du 19 décembre 2001 jugera cette typologie "inutilisable dans une perspective budgétaire".

Le recueil d'information sera finalement testé dans quatre régions (Aquitaine, Rhône-Alpes, Lorraine, La Réunion) auxquelles se joindront quelques établissements d'Ile de France et des établissements volontaires situés hors ces régions¹⁵⁹⁵. Le début de l'expérimentation est prévu pour janvier 2002 mais elle ne commencera officiellement qu'en juillet de la même année.

Un accompagnement financier est prévu pour les établissements qui s'engagent dans l'expérimentation sous la double forme de crédits d'investissement et d'exploitation¹⁵⁹⁶. Sont mis en place pour suivre cette expérimentation, trois groupes de travail, un comité consultatif associé et un comité de suivi¹⁵⁹⁷. L'intégration de l'ensemble des

¹⁵⁹⁵ Le PMSI en psychiatrie est mis en place à titre expérimental dans quatre régions pilotes qui sont l'Aquitaine (30 établissements), Rhône-Alpes (52 établissements), la Lorraine (13 établissements) et la Réunion (3 établissements) ainsi que dans les établissements volontaires hors ces régions. Au total il y a 98 établissements dans les régions pilotes et 112 établissements volontaires soit 209 établissements qui participent à l'expérimentation du PMSI en psychiatrie. Circulaire DHOS/E3/2001/N°625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en oeuvre du PMSI dans le cadre de l'extension du PMSI à l'activité de psychiatrie. Cf. annexe.

¹⁵⁹⁶ Les crédits d'investissement se composeront d'une base forfaitaire de 35 000 francs (5335,72 euros) par établissement, auxquels s'ajouteront 3811 euros par secteur de psychiatrie et, s'agissant des établissements 3811 euros supplémentaires pour les établissements de plus de 100 lits. Le montant des crédits d'exploitation à attribuer (en base budgétaire) aux établissements financés par DGF, engagés dans le dispositif sera évalué, dans le cadre de la campagne 2002, sur la base de 25 francs (3,81 euros) pour chaque résumé hebdomadaire attendu (prises en charge à temps plein et à temps partiel) et 28 francs (4,27 euros) par patient suivi en externe (Circulaire DHOS/E 3 n° 2001-625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en oeuvre du PMSI-psychiatrie, à titre expérimental, Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité, n°7, 2 mars 2002).

¹⁵⁹⁷ Un Groupe de travail n° 1 " Evolution de l'outil " est composé de 20 personnes (8 psychiatres, 5 médecins DIM, 1 infirmier, 1 psychologue, 5 représentants de l'administration). Le Groupe de travail n° 2 : " Qualité des données " sera composé de 12 personnes (6 médecins spécialistes de l'information médicale, 4 psychiatres, 1 infirmier et un psychologue). Le Groupe de travail n° 3 se consacrera à la réflexion sur l'échelle de pondération. Il sera composé dans un premier temps de financiers, qui devront réfléchir à une méthodologie, compte tenu de l'état de la comptabilité analytique dans les établissements de soins concernés par l'expérimentation. Par ailleurs, la représentation des psychiatres sera plus particulièrement assurée par un comité consultatif associé, dont les membres seront désignés par les différents syndicats et dont le rôle sera, de discuter des hypothèses travaillées par les groupes de travail et de suggérer des pistes d'évolution de l'outil ainsi que de se prononcer sur l'acceptabilité de l'outil par les professionnels. Enfin, le comité de suivi, qui existait depuis plusieurs années, est composé de représentants des institutions telles que l'assurance maladie, les conférences de directeurs et de présidents de CME, les fédérations d'établissements... ; il doit assurer une information régulière auprès de ceux qu'il représente et a également un rôle de validation des options retenues (Circulaire DHOS/E 3 n° 2001-625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en oeuvre du PMSI-psychiatrie, à titre expérimental, Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité, n°7, 2 mars 2002).

établissements ayant une activité de psychiatrie au niveau national, dans le dispositif du PMSI-psychiatrie est prévue à compter du second semestre 2004. L'utilisation du PMSI à des fins d'allocation des ressources est prévue pour la campagne budgétaire 2007, à l'automne 2006.

En 2001, le Rapport Piel et Roelandt en appelle à l'engagement de la réflexion et de la concertation sur un PMSI-Psychiatrie repensé dont l'objectif principal ne soit pas que gestionnaire.

La même année, le CASP réagit violemment contre ce système. D'une part, les variables classantes du PMSI auraient une faible capacité à déterminer le poids économique de la consommation de soins¹⁵⁹⁸. D'autre part, le CASP ce système ne favoriserait que les secteurs disposant déjà de moyens importants, plus à même de développer et diversifier leur activité que ceux en carence de personnels, de structures ou de psychiatres. La lourdeur du recueil et le défaut d'équipement informatique sont considérés comme des obstacles supplémentaires à la réalisation pratique de l'évaluation.

Le CASP propose que l'expérimentation du PMSI ne débute que le 1er janvier 2003 au lieu du 1er juillet 2002 et préconise que l'expérimentation se fasse sur deux ou trois régions, avec une évaluation en cours d'expérimentation. Bien qu'il constate un effort financier spécifique et l'association de représentants des syndicats de psychiatres d'exercice public au comité consultatif institué, le CASP appelle le 5 juin 2001 à une grève pour le 20 septembre 2001 consistant dans le boycott de toutes les collectes des données du PMSI et des formations en vue de la mise en place du nouveau système. A l'issue d'une rencontre avec la Direction de l'Hospitalisation, les quatre syndicats du CASP vont imposer la substitution d'une nouvelle expérimentation dans quatre régions et dans plusieurs centres hospitaliers parisiens, à la généralisation du PMSI à tous les établissements psychiatriques.

La motion 3 adoptée le 1er octobre 2001 par l'Assemblée Générale du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux rappelle l'intérêt et l'engagement du syndicat dans les démarches évaluatives, dans la mesure où elles intègrent la réalité des soins et la diversité des pratiques professionnelles en psychiatrie ; elle s'oppose à la généralisation du PMSI comme mode de recueil des données au motif de son inadéquation aux objectifs recherchés et dénonce la lourdeur de sa mise en pratique. Elle exige enfin la diversification des expérimentations locales ou régionales sur différents modèles, comme

¹⁵⁹⁸ Les résultats de l'expérimentation menée en décembre 1997 et en janvier 1998 montrent que pour la majorité des semaines d'hospitalisation observées, la capacité à relier la variance du poids économique de la consommation de soins aux variables choisies dans le PMSI, est faible en particulier pour les schizophrènes, les troubles névrotiques, les troubles de la personnalité et le retard mental. La circulaire du 3 mai 2000 de la Direction des Hôpitaux note d'ailleurs que les catégories diagnostiques majeures ont une très faible capacité discriminante vis-à-vis des coûts. Pour l'hospitalisation à temps complet. 122 établissements ont participé pendant quatre semaines à la constitution d'une base de données représentants 39015 patients ; 97 établissements ont été tirés au sort pour constituer un échantillon représentatif au niveau national et 25 unités se sont portées volontaires pour la région Rhône-Alpes (Circulaire DH/PMSI n°2000-238 du 3 mai 2000 relative à la réalisation d'une enquête, préalablement à la mise en place du PMSI en psychiatrie, visant à faire l'inventaire des systèmes d'information centrés sur le patient en psychiatrie, texte non paru au Journal Officiel).

par exemple celui intégrant la trajectoire de soins de chaque patient.

En 2003, l'opposition au PMSI persiste au niveau des discours nationaux. Ainsi, parmi les mesures adoptées par l'assemblée générale des Etats Généraux de la psychiatrie le 7 juin 2003, on trouve "le retrait du P.M.S.I." au motif que ce dernier s'avère "un outil inadapté"¹⁵⁹⁹ en psychiatrie.

2. La réduction du temps soignant

Aux récents Etats Généraux de la psychiatrie, deux internes en psychiatrie dénonçaient la réduction du temps du soin au profit de tâches administratives accrues par l'évaluation :

"L'administration fait croire que le PMSI permettra une simplification des démarches pour les chefs de service... le temps de travail médical consacré à ce programme est un scandale. Jamais un logiciel aussi lent, complexe et donc inutilisable n'a été mis en place depuis le langage "basic" des ordinateurs des années 1980. Dans certains services, les médecins remplissent une version papier qui est ensuite informatisée par une secrétaire qui n'a plus guère le temps de s'occuper d'autre chose...ce travail, à reprendre intégralement chaque semaine, réduit le temps passé auprès des patients"¹⁶⁰⁰

Everett Hugues faisait de la plainte autour des tâches administratives l'une des caractéristiques banales du discours de l'infirmier¹⁶⁰¹. Ici, tous les membres du personnel déplorent l'accroissement du travail administratif, en intra et en extra hospitalier. Une infirmière nous confiait ainsi que la part de l'administratif devenait de plus en plus pesante à l'hôpital ; le Centre Médico-Psychologique semblait plus épargné "sauf pour le PMSI" :

"Au CMP ça ne se pose pas sauf pour le PMSI. C'est de la paperasse en plus. ... en fait, ça rajoute du boulot mais pas auprès du patient. Au début on avait un ordinateur, c'était complètement inadapté. Ca prenait trop de temps. Je suis de très mauvaise volonté pour ces trucs. C'est une atteinte aux soins."¹⁶⁰²

L'augmentation de la "paperasse" est parfois vécue comme un véritable déni du métier ou comme une formalisation très contraignante d'un travail préexistant¹⁶⁰³. C'est une véritable dénaturation de son travail que dénonçait ainsi un jeune psychiatre :

¹⁵⁹⁹ L'assemblée exige qu'il soit "immédiatement arrêté dans le secteur public et les cliniques privées", www.eg-psychiatrie.com..

¹⁶⁰⁰ Elie Winter et Cécile Hanon, "Formation initiale en psychiatrie : le point de vue des internes, état de la formation actuelle, orientations et problèmes actuels", annexe 4 aux rapports préalables aux Etats Généraux, mai 2003, www.eg-psychiatrie.com.

¹⁶⁰¹ Everett Hugues, "Social Role and the division of labor", *Midwest, Sociologist*, 1956, 17 (1), p. 3-7, in Everett Hugues, *Le regard sociologique, op. cit.*, p. 67.

¹⁶⁰² **Entretien avec Madame Mimosa, infirmière.**

¹⁶⁰³ L'exemple rapporté par Sandra Philippe illustre le vécu d'une contrainte de preuve de la qualité des soins : un directeur d'établissement expliquait ainsi que le service avait multiplié les conventions, se contentant de "célébrer des relations déjà existantes" («Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin", *op. cit.*, p. 220).

"Ca change le travail car on a plein de papiers à faire. Ca développe une grosse mauvaise humeur [...]. On nous demande quelque chose de plus en dehors de notre fonctionnement. C'est un peu nous détourner de l'essentiel. Le protocole de l'incendie et de la hache ne m'aide pas"¹⁶⁰⁴, "Ca serait dommage que l'on passe du temps à faire des dossiers alors qu'on doit soigner. C'est pareil pour l'administratif, on se demande si l'Etat ne va pas enlever le soin à force".¹⁶⁰⁵

Un psychologue qualifiait de "démarche marketing" les nouvelles contraintes touchant essentiellement les chefs de service. Peu touché par la question du fait de son activité partielle, il expliquait la nostalgie de ses collègues psychiatres par l'augmentation du "volet administratif". L'un de ses collègues affirmait ainsi :

"C'est la question du rendement, de la rentabilité : ça a pris beaucoup de temps aux chefs de service, le PMSI, la mise en boîte, la mise en fiche. La clinique serait vidée."¹⁶⁰⁶

Parfois, le poste budgétaire dédié à la formation clinique est même directement amputé pour être réattribuer à la démarche d'accompagnement à l'accréditation, ce qui conforte l'impression des professionnels d'une logique s'effectuant au détriment des soins. Le sentiment que l'on "donne plus de moyens pour traiter les procédures que pour traiter les patients"¹⁶⁰⁷ se fait donc de plus en plus prégnant.

A-2- L'ILLUSION DÉMOCRATIQUE

L'objectif d'une rationalisation des coûts du soin en psychiatrie publique n'informe pas sur l'usage politique des résultats de l'évaluation. Les psychiatres de service soupçonnent que la visée politique ultime soit de toute façon de réduire les budgets hospitaliers. En outre, l'engagement dans la procédure d'évaluation est l'objet d'un "contrat obligatoire", notion curieuse qui suggère déjà le caractère unilatéral de la relation entre les instances d'évaluation et les établissements.

1. "Rationner plus que rationaliser"

Globalement, les professionnels doutent des intentions des concepteurs de la démarche d'évaluation. Définie comme une procédure instituée à des fins d'allocation des ressources pour la campagne budgétaire, le PMSI est soupçonné d'être un moyen de réduire, quels que soient les résultats de l'évaluation, les budgets des établissements de santé. L'équation "coût de la santé= coût des soins= coût de l'offre" débouchant sur la conclusion selon laquelle réduire le coût de la santé en France équivaudrait à réduire le coût de l'offre, relevant d'une pure logique comptable, revient à assimiler la "qualité des soins" aux "soins à moindre coût".

¹⁶⁰⁴ Entretien avec le Docteur Bleuet.

¹⁶⁰⁵ Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

¹⁶⁰⁶ Entretien avec le Docteur Achillée.

¹⁶⁰⁷ Bernard Durand, psychiatre, "Protocoles, à quelles conditions ?", *Pratiques en santé mentale*, 2003, n°3, p. 20.

Cette crainte est formulée tant dans les discours nationaux que dans les discours ordinaires.

Ainsi, aux Etats Généraux, les porte-parole des internes en psychiatrie affirment :

"Si l'administration a les chiffres, est-il raisonnable de penser qu'elle s'en servira pour faciliter nos financements, ou peut-on craindre qu'elle ne s'en serve pour nous les supprimer ?" ¹⁶⁰⁸ .

De la même façon, l'association SERPSY déclare :

"Ce ne sont alors que des outils destinés à rationaliser (entendons rationner) la diversité des pratiques" ¹⁶⁰⁹ .

Les psychiatres que nous avons rencontrés dans différents secteurs dénoncent également la "mauvaise foi dans les histoires d'accréditation" au motif que, quoiqu'il ressorte d'une réflexion sur la qualité des soins, l'accréditation imposera toujours de "faire mieux avec moins de moyens"¹⁶¹⁰. Le PMSI ne serait donc destiné qu'à "faire des économies"¹⁶¹¹.

La dérive managériale n'est pas jugée spécifique à la psychiatrie ; ses effets sont considérés comme aggravés dans un domaine (la santé, qui plus est, "psychique") s'accommodant peu d'un objectif de rentabilité.

Les praticiens radicalisent leur critique en dénonçant une volonté politique de justifier une réduction de moyens déjà prévue par une politique d'évaluation concluant de toute façon à sa nécessité. Le renforcement de la contrainte budgétaire a été analysé subtilement par Sandra Philippe dans sa thèse : ainsi, la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens signée entre le directeur de l'Agence Régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'établissement renforce le contrôle des tutelles sur les établissements. Le décalage dans le temps entre la définition de l'enveloppe budgétaire par l'Agence et le vote de la loi de financement de la loi de sécurité sociale (mi-décembre) oblige celle-ci à s'engager sur une somme dont elle n'est pas certaine, ce qui demeure très contraignant pour les établissements¹⁶¹². En outre précise Sandra Philippe, l'Agence Régionale exige une "culture de projet". En pratique, cela signifie que les établissements doivent présenter des projets de santé publique pour que les 0,5% de leur base budgétaire systématiquement prélevés soient reconduits pour l'année suivante. La production de nouveaux projets est donc couverte par un auto-financement et non pas par

¹⁶⁰⁸ Elie Winter et Cécile Hanon, "Formation initiale en psychiatrie : le point de vue des internes, état de la formation actuelle, orientations et problèmes actuels", annexe 4 aux rapports préalables aux Etats Généraux, mai 2003, www.eg-psychiatrie.com.

¹⁶⁰⁹ Contribution de l'association SERPSY au rapport n° 2 des Etats généraux, mai 2003. www.eg-psychiatrie.com.

¹⁶¹⁰ Entretien avec le Docteur Armoise.

¹⁶¹¹ Entretien avec le Docteur Lavande.

¹⁶¹² Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, op. cit., p. 200.

de nouvelles allocations de ressources de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation¹⁶¹³.

2. Un contrat falsificateur

Le PMSI correspond certainement à ce que Max Weber nomme la "régulation autonome" car elle procéduralise la régulation de contrôle au lieu de privilégier le règlement. En effet, la procédure d'accréditation repose sur une demande d'accréditation de l'établissement, lorsqu'il le jugera opportun. Mais tous les établissements ont l'obligation de signer un contrat d'évaluation en vue d'une accréditation avant 2005. Les établissements sont donc désignés comme parties à un contrat qu'ils ont obligation de signer ; cette apparence de démarche contractuelle volontaire n'est pas sans rappeler ce qu'Alain Supiot décrit comme une "reféodalisation du lien social"¹⁶¹⁴.

La bonne volonté de l'établissement pour la participation à l'évaluation telle qu'elle a été définie par les pouvoirs publics, est requise par les contractants tutélaires, sous peine de sanctions financières. La critique radicale des moyens de l'évaluation est donc perçue comme le refus du principe d'évaluation ou comme une crispation sur le statut professionnel, véritable "frein à la prise en compte des besoins des usagers"¹⁶¹⁵ et au bon fonctionnement des organisations. Ce discours, Lise Demailly en fait l'une des caractéristiques du discours néo-libéral, à laquelle s'ajoute le thème des nouvelles compétences professionnelles dites transversales.

L'élément central de cette rhétorique politique est la valorisation de l'identité d'entreprise par rapport à l'identité de métier, et avec elle l'amalgame entre de multiples activités différentes sous le terme "relation de service". De la même façon, Lise Demailly faisait remarquer à propos de l'enseignement qu'il résistait à une analyse en termes de relation de service public, au-delà du refus corporatiste de se situer en positions de "fournisseur" de service¹⁶¹⁶.

Les praticiens du secteur psychiatrique insistent en l'occurrence sur la santé comme domaine relevant d'un service public, ne pouvant fonctionner que sur des objectifs de rentabilité. Un jeune psychiatre s'indignait ainsi face au projet de nomination des responsables médicaux des pôles de l'hôpital public par le directeur d'établissement¹⁶¹⁷, car il y voyait une porte ouverte à la réduction de la santé à n'importe quel service :

« Dans le projet hôpital 2007, les chefs de service vont être nommés par le directeur d'hôpital sur des objectifs d'économie. Celui qui promettra la fermeture de lits sera nommé. Et voilà. C'est ça gérer un hôpital comme une usine de

¹⁶¹³ La politique de restriction budgétaire de l'ARH s'appuie également sur un prélèvement de 0,2% du budget des établissements, pour une redistribution inégale entre les établissements au profit de ceux qui ont un projet de restructuration. Sandra Philippe, *Ibid*, p. 202.

¹⁶¹⁴ Alain Supiot, Conférence du CNAM, 22 février 2000.

¹⁶¹⁵ Lise Demailly, "La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels", *op. cit.*, p. 5.

¹⁶¹⁶ Lise Demailly, "Les métiers relationnels de service public : approche gestionnaire, approche politique", *Lien social et Politiques*, RIAC, 40, Automne 1998, p. 21.

chaussure»¹⁶¹⁸

D'après Lise Demailly, le mouvement indéniable de contractualisation entre l'Etat et les secteurs de la société civile ne doit pas occulter le fait que la multiplication de contrats, dans lesquels quasiment rien n'est contractuel, joue "le rôle d'une mise en forme et d'une mise en scène propre à dénier et à dévaloriser la dimension institutionnelle des services relationnels"¹⁶¹⁹.

L'impression de n'être qu'un rouage de l'administration chez les psychiatres de service public rencontrés, résulte selon nous largement de cette "fausse universalité de la relation de service comme notion bonne à tout penser"¹⁶²⁰. Les psychiatres se sentent exclus d'un système les mettant sous emprise, sans que la réflexion concertée soit vraiment prise en compte ou même organisée. Autrement dit, c'est moins ici le contenu des arguments psychiatriques qui nous intéresse que la façon dont ils sont pris en compte par l'administration.

L'impossibilité de faire valoir la spécificité du soin comme objet d'une politique est précisément ce que les praticiens déplorent :

"Sur les procédures purement gestionnaires, j'accepte le principe de réalité. Je sais bien qu'il faut des sous mais il y a comme une tentative d'emprise. Il n'y a plus d'échange entre l'administration et le terrain du soin pour se fructifier l'un l'autre. Le but est de mettre la psychiatrie sous emprise, sous un pouvoir. Il dit : "c'est moi qui décide où vont les agents", et pas les acteurs !" ¹⁶²¹

Très ponctuellement, la récente thèse de Sandra Philippe vient renforcer l'analyse de Lise Demailly d'après laquelle le discours managérial est une intervention politique dans le champ de lutte autour de l'orientation des services publics, consistant précisément à dénier la dimension fondamentalement politique d'un certain nombre d'activités sociales. Nous songeons à un moment précis de son analyse : l'étude de la méthode de concertation pour l'élaboration du schéma régional d'organisation de la psychiatrie. Ainsi, alors que la loi du 31 juillet 1991 inaugure des "structures participatives"¹⁶²² dans chaque établissement de santé : la commission du Service des Soins Infirmiers, le Comité

¹⁶¹⁷ Le Rapport Debrosse, Perrin, Vallancien "Modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale" du 3 avril 2003 prévoit en effet que les directeurs de pôles médicaux soient nommés par le directeur de l'établissement. Le président de la commission médicale d'établissement serait également élu essentiellement par les directeurs de pôles. Le Rapport envisage la création d'un comité stratégique formé du directeur de l'établissement, des directeurs de pôles et du Président de CME, "véritable centre décisionnel au dessus de la Commission médicale d'établissement". Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux juge "inacceptable" la nomination par le conseil d'administration ou le directeur : l'organisation en pôles ne peut d'après le Syndicat "se concevoir qu'à la condition que le directeur médical soit élu par ses pairs avec des attributions des personnels et soutenu par un comité médical" (Motion 1, Assemblée Générale du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, Tours, 1^{er} Octobre 2003).

¹⁶¹⁸ **Entretien avec le Docteur Lavande.**

¹⁶¹⁹ Lise Demailly, "Les métiers relationnels de service public : approche gestionnaire, approche politique", *op. cit.*, p. 21.

¹⁶²⁰ Lise Demailly, *Ibid*, p. 23.

¹⁶²¹ **Entretien avec le Docteur Laurier.**

Technique d'Établissement et le Comité Médical d'Établissement doivent participer activement au projet d'établissement et au Schéma régional d'organisation sanitaire. Sandra Philippe met en évidence que la méthode de travail dite "concertante" pour l'élaboration du schéma régional d'organisation de la psychiatrie "sert moins à faire émerger des objectifs communs d'action publique qu'à valider des propositions préalablement construites dans d'autres sphères de décisions que les groupes de travail"¹⁶²³. Le consensus sur des objectifs généraux contraste avec les désaccords quant à la fixation de l'offre capacitaire et l'attribution des moyens financiers ; ces deux points relèvent en effet de modalités décisionnelles autoritaires excluant les interactions ouvertes avec les professionnels. La volonté des autorités décisionnelles est clairement de se prémunir de l'opposition des professionnels, professionnels qui formulent d'ailleurs des critiques quant à la représentativité de la concertation (absence de désignation de représentants par les professionnels eux-mêmes, faible représentativité de la psychiatrie associative, absence de représentation de la profession de psychologue et d'assistante sociale). Les possibilités de conflit, écrit Sandra Philippe, sont "limitées par l'absence d'une représentation syndicale dans les groupes de travail"¹⁶²⁴.

Cette absence de représentation nous invite à considérer ce que les pouvoirs publics nient de la culture psychiatrique de secteur, comme culture médicale et comme culture institutionnelle.

B- Une culture malmenée par un dispositif d'évaluation

L'administration bureaucratique, "domination en vertu du savoir"¹⁶²⁵ au sens de Max Weber, est dénoncée à plus d'un titre. C'est l'application de critères d'efficacité indifférents soit au propre de la médecine soit au propre de la psychiatrie qui suscite les plus vives controverses. Nous verrons tout d'abord que les psychiatres arguent de la spécificité de la relation médicale au sens non technique mais relationnel pour contrer le PMSI. Il faudra ensuite s'attarder sur les raisons de l'incapacité de cet outil à évaluer le traitement institutionnel (au sens de la psychothérapie institutionnelle) et à repérer ainsi le fonctionnement délétère de certains services.

B-1- EN TANT QUE CULTURE MÉDICALE

D'après Everett Hugues, une profession ne s'établit que par son droit exclusif de pratiquer. La profession médicale s'est ainsi vue confier un "mandat" qui tend à rendre très difficile l'évaluation de l'un d'entre eux par toute personne ou instance supérieure¹⁶²⁶. Elliot Freidson constate en 1970 que la médecine française est marquée par une perte

¹⁶²² Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, op. cit., p. 166.

¹⁶²³ *Ibid*, p. 274.

¹⁶²⁴ Sandra Philippe, *Ibid*, p. 275.

¹⁶²⁵ Max Weber, *Economie et société*, volume 1, Press Pocket, Agora, 1995, p. 299.

d'autonomie de son exercice fondée sur leur seul jugement clinique au profit de normes et recommandations officielles¹⁶²⁷. La régulation extérieure de la médecine n'est pas nouvelle mais nous l'avons vu, elle s'est accélérée dans les années 1990. En parallèle, la critique bureaucratique, qui n'est pas inédite, semble se renforcer. En matière psychiatrique, un déni de compétence aboutirait à nier le colloque singulier de la relation médicale, élément principal de la relation en psychiatrie.

1. Le "déni de compétence"

Le profane qui évalue le métier va prendre tour à tour le visage du sociologue, du politique, du bureaucrate. Son expertise est remise en cause, essentiellement car elle est considérée comme profane au regard du cœur clinique de la discipline. La subordination du psychiatre à l'expert évaluateur est vécue comme extrêmement dégradante par le praticien, comme en témoigne l'affirmation suivante :

"Beaucoup de sociologues parasitent la psychiatrie autour du processus d'accréditation, pour aider la psychiatrie à se faire reconnaître par l'ARH. Ils supposent qu'ils ont réponse à tout. Ils forment des psychiatres à parler de PMSI dans la langue sociologique. Et ça, c'est nouveau ! Ces sociologues un peu juristes multiplient les expertises, les audits, les formations professionnelles aux associations. On devient leurs assistants. Ils parlent comme des directeurs d'hôpitaux : "parle toujours ! ta boîte de clinicien on s'en fout du contenu !".¹⁶²⁸

Pour beaucoup, "on veut nous dire comment soigner (le DRH, le directeur, l'administration)". La prétention de la direction à "savoir mieux soigner que nous" est jugée alarmante. Un jeune psychiatre dénonçait plus largement une attitude de l'administration propre à renier l'avis du médecin ; il nous relatait alors une anecdote en ces termes :

"Un jour un patient arrive mais la chambre qui reste est inadaptée. On avait besoin d'une chambre près du bureau infirmier, une chambre d'accueil où on puisse l'observer. Il y avait une chambre à l'étage. Alors je téléphone au directeur qui me dit : "j'ai le planning sous les yeux. Vous avez un patient, moi j'ai un lit" et il me raccroche presque au nez. Pour lui, le compte est bon".¹⁶²⁹

Lise Demailly rappelle que l'argument défensif avancé par les acteurs évalués est en général centré sur "le singulier et l'événement" sur lequel les métiers à évaluer travailleraient. Cette raison est en effet invoquée par les praticiens du secteur et leurs représentants. Ainsi, certains manifestent leur agacement face à une "formalisation à outrance des choses non formalisables"¹⁶³⁰.

La réaction des psychiatres de secteur est une sorte de révélateur de la partie

¹⁶²⁶ Everett Hughes, «Professions», *Daedalus*, 92, n°4, 1963, pp. 655-668, in Everett Hughes, *Le regard sociologique*, op. cit., p. 108.

¹⁶²⁷ Elliot Freidson, *La profession médicale*, op. cit., p. 54.

¹⁶²⁸ *Entretien avec le Docteur Achillée.*

¹⁶²⁹ *Entretien avec le Docteur Lavande.*

médicale de leur identité. En effet, invoquer le colloque singulier entre le médecin et son patient n'a rien de spécifique à la psychiatrie comme spécialité. Cette forme de défense professionnelle nous renvoie directement à la façon dont les psychiatres se définissaient par rapport à la médecine : nous avons ainsi identifié un premier niveau de rattachement à la médecine dans l'aspect déontologique de la discipline bien plus que sur l'aspect technique. C'est typiquement le sens de la position défendue aux Etats Généraux de la psychiatrie par Roger Salbreux, Président de l'Association Française de Psychiatrie, qui, au vu des rapports officiels, notamment des compte-rendus du Comité Consultatif de Santé Mentale et du "Plan de Santé mentale" établi par Bernard Kouchner, dénonçait la "volonté affirmée d'évaluer objectivement, à l'aide de grilles inadaptées, ce qui est par essence avant tout relationnel et subjectif"¹⁶³¹.

2. L'oubli du sujet

Aux Etats Généraux de la psychiatrie, la dérive idéologique d'un discours d'allure scientifique est critiquée au motif d'une tentative "d'annuler tout caractère subjectif en recourant aux techniques de l'évaluation"¹⁶³². Dans le discours ordinaire, on retrouve ce sentiment de rejet d'un formalisme qui nierait les qualités substantielles de la relation médicale : "on a l'impression de quelque chose de très ritualisé qui efface le contenu"¹⁶³³ nous confiait ainsi un jeune psychiatre de secteur.

Il apparaît logique, selon une telle perspective, que le secret médical soit l'un des objet d'une critique globale du PMSI. Ainsi, le 15 avril 2003, l'Union Syndicale pour la Psychiatrie présente une motion "CONTRE les risques de fichage de nos patients par des recueils de données nominatives au prétexte d'une recherche de traçabilité et d'évaluation"¹⁶³⁴.

La constitution d'un groupe nommé DELIS (Droits Et Libertés face à l'Informatisation de la Société) semble symptomatique du refus d'informatiser les données médicales. Ce groupe propose en effet une solution évitant l'identification directe des patients :

"L'anonymisation irréversible des données personnelles de santé est compatible avec les exigences gestionnaires du recueil d'indicateurs d'activités, indispensable à la Sécurité Sociale et au Ministère de la santé, et avec le droit du patient à accéder à son dossier médical. Anonymisation qui devrait s'effectuer à la source, au sein de chaque équipe soignante, garantissant ainsi à l'usager et au

¹⁶³⁰ Entretien avec le Docteur Bleuet.

¹⁶³¹ Roger Salbreux, "A l'occasion du "Plan de santé mentale de B. Kouchner : Où allons-nous ? Quelle psychiatrie demain ?", Annexe au premier rapport préalable aux Etats Généraux de la psychiatrie, mai 2003. www.eg-psychiatrie.com

¹⁶³² Yannick Cann, "Neurosciences et Psychiatrie", Annexe 6 aux rapports préalables aux Etats Généraux de la psychiatrie, mai 2003. www.eg-psychiatrie.com

¹⁶³³ Entretien avec le Docteur Bleuet.

¹⁶³⁴ www.eg-psychiatrie.com

professionnel de santé la confidentialité nécessaire à la relation médicale. Anonymisation rendue possible grâce à des logiciels tels que MAGIC qui permet un recueil anonymisé de trajectoire de patients ou FOIN qui permet d'occulter les données nominatives. Pourquoi n'y a-t-on pas recours ?" ¹⁶³⁵ .

Mesdames Burette et Bronnec, chargées respectivement du PMSI général et du PMSI psychiatrie au Ministère de la Santé, annoncent dans un premier temps la possibilité d'anonymisation à la source. Mais le 12 juillet 2003, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, rejette la demande de l'association DELIS en se fondant sur la loi du 4 mars 2002 intégrée au Code de la Santé Publique :

"Si je comprends parfaitement votre souci de préserver la confidentialité de la relation thérapeutique avec le patient, il ne m'est pas possible d'accéder à votre demande car une décision de cette nature contreviendrait aux dispositions du Code de la Santé Publique régissant la communication et le traitement des données médicales au sein des établissements de santé. En effet, aux termes de l'article L.6113-7 du Code précité : «... les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de leur activité au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation de l'ordre des médecins ...» ¹⁶³⁶

Le second objet de la critique d'une objectivation du sujet concerne la nomenclature utilisée pour le recueil informatisé des données médicales. Ainsi, de nombreux psychiatres dénoncent, outre la difficulté à poser rapidement un diagnostic comme le suppose le PMSI, l'inadéquation de la classification internationale des maladies. Sandra Philippe affirme en la matière que «l'opacité du diagnostic psychiatrique couplée à la méconnaissance de la nomenclature officielle rend finalement peu fiable le rapport d'activité"¹⁶³⁷ .

Sur la question du diagnostic, certains psychiatres pensent que le PMSI est déconnecté de la réalité des consultations. Le PMSI suppose en l'occurrence que le déroulement de l'entretien suit un cours systématique. C'est justement ce présupposé que des internes infirment lors des Etats Généraux de 2003 :

"Si certains arguent que le PMSI permet aux internes de se familiariser avec la CIM 10 (classification internationale des maladies), il faut rappeler que les codages sont faits de manière approximative, c'est-à-dire que les critères diagnostics de la CIM 10 ne sont même pas disponibles dans les bureaux des

¹⁶³⁵ Jacqueline Jacot (psychologue), Odile Morvan (psychologue), Annie Marcheix (consultante), Monique Herold (biologiste), Pierre Suesser (médecin), membres de l'association DELIS, "La confidentialité en psychiatrie est remise en cause !", mai 2003, www.eg-psychiatrie.com

¹⁶³⁶ Lettre du 12 juillet 2003 de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées adressée à l'association DELIS, www.eg-psychiatrie.com.

¹⁶³⁷ Sandra Philippe fait ici allusion aux catégories "fourre-tout" comme les "troubles de l'humeur" qui génèrent peu de consensus (Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin, op. cit., p. 209).

internes, qui évaluent donc une dépression moyenne ou sévère sur leur impression subjective bien souvent. Oui, les internes apprennent que la dépression sévère est cotée F32.2... mais ils n'apprennent pas à différencier la dépression moyenne F32.1 de la dépression sévère F32.2 [...] Tout acte doit être intégré dans le PMSI, y compris les consultations externes. Mais pour que le logiciel accepte de prendre en compte ces consultations, il faut lui donner les informations qu'il demande. Voilà comment nos consultations sont censées commencer par 10 minutes de questionnaire sur l'état civil, la situation sociale, etc... questions parfois pertinentes en psychiatrie, mais pas toujours au premier entretien, et en respectant la possibilité de certaines réponses difficiles pour le patient. Tout se passe comme si l'administration voulait nous imposer une forme d'entretien où on poserait au patient une série de question du genre "état civil, vie social, âge du premier traumatisme, présence de relations incestueuses, toxicomanie" sans laisser au patient le temps de décider s'il va tenter la psychothérapie ou non avec ce médecin" ¹⁶³⁸ .

La tonalité nationale des discours correspond à celle d'une parole que nous avons recueillie localement ("Le PMSI, ça me touche car quelqu'un sur une fiche et puis il y a tout le côté secret professionnel. Réduire une personne à une fiche...")¹⁶³⁹ . Il semble donc que, à l'instar de toute profession établie, la psychiatrie est réticente à une définition externe de ses normes. Toutefois, il semble que cette réaction trouve son fondement dans le propre d'une psychiatrie publique qui, depuis la Libération, tenter de lutter contre toute forme d'obstacle à la réflexivité de l'équipe soignante. Il est donc naturel que les principes de la psychothérapie institutionnelle soient mobilisés pour se situer par rapport à deux types de formalisme externe : celui de l'expert-évaluateur, et celui du "bureaucrate".

B-2- EN TANT QUE CULTURE PSYCHIATRIQUE

Les propositions psychiatriques d'une autre évaluation intégrant la dimension tierce institutionnelle du soin psychiatrique et les présupposés du secteur constituent une forme de résistance à ce qui est perçu comme une objectivation technique et comptable de la relation entre le patient et l'équipe psychiatrique de secteur. La temporalité du soin psychiatrique est alors l'objet d'une clarification établie en référence aux principes de la psychothérapie institutionnelle. D'autre part, la référence à l'idée de secteur conduit les praticiens à exiger une évaluation intégrant les effets d'une prise en charge globale du patient tout au long de sa trajectoire.

1. La rature de l'exigence institutionnelle

C'est la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation du 3 mai 2000 qui propose des critères officiels de l'évaluation des soins en psychiatrie¹⁶⁴⁰ . Pour l'hospitalisation psychiatrique, elle ne préconise pas la classification en groupe homogène de malades

¹⁶³⁸ Elie Winter et Cécile Hanon, "Formation initiale en psychiatrie : le point de vue des internes, état de la formation actuelle, orientations et problèmes actuels", annexe 4 aux rapports préalables aux Etats Généraux, mai 2003, www.eg-psychiatrie.com.

¹⁶³⁹ Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

comme en matière somatique mais un "classement à la journée pondérée". Ce classement est basé sur un coût moyen par patient, correspondant au rapport du coût hebdomadaire rapporté au nombre de jours de présence du malade dans la semaine. Le séjour d'un patient est divisé en une succession d'épisodes de sept jours.

D'après la circulaire de 2000, l'évaluation des coûts doit en outre faire intervenir plusieurs variables : les catégories majeures diagnostiques¹⁶⁴¹, l'échelle globale de fonctionnement¹⁶⁴² et la dépendance relationnelle¹⁶⁴³, l'âge, l'isolement thérapeutique, la pathologie somatique lourde, l'ancienneté dans le séjour, la dépendance physique¹⁶⁴⁴, le mode de scolarisation, et la modalité de venue (temps plein ou demi-journée). S'agissant des soins ambulatoires et des interventions dans la communauté, une grille de relevé et de description des actes est proposée.

Une seconde circulaire datée du 19 décembre 2001¹⁶⁴⁵ enjoint les participants à l'expérimentation à recueillir trois types d'information de manière hebdomadaire :

- les prises en charge à temps plein ou partiel (hospitalisation complète, de jour ou de nuit, en centre d'accueil permanent ou centre de crise ou de post-cure, séjour à domicile, accueil familial thérapeutique), la dépendance du patient et la situation du patient sur l'échelle globale de fonctionnement,

¹⁶⁴⁰ Circulaire n°2000-238 DH/PMSI du 3 mai 2000.

¹⁶⁴¹ La nomenclature et les libellés utilisés pour les codes diagnostiques et les situations cliniques sont basés sur la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

¹⁶⁴² L'échelle globale de fonctionnement correspond à l'axe V du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV : une note unique entre 1 et 100 doit être posée en fonction du fonctionnement psychologique, social, professionnel ou scolaire. Le DSM est un "répertoire fini et ordonné de diagnostics provisoires dont le nombre et la forme des éléments qui le composent permettraient un usage universel dans les deux sens du terme (tous les psychiatres et toutes les maladies mentales)". Il y a eu plusieurs versions du DSM : le DSM I, inspiré des théories d'Adolf Meyer, paraît en 1952 et constitue la première alternative à la classification de l'Organisation mondiale de la santé. Le DSM II paraît en 1968. Le DSM IV est publié en 1994. Patrick Clervoy et Sylvie Védrines, "Origine et développements des manuels statistiques et diagnostiques des troubles mentaux" (*Perspectives psychiatriques*, vol. 35, n°4, oct-nov. 1996, p. 275). Le DSM est une classification - centrée sur les manifestations visibles - conçue à partir de la collecte des symptômes, mais non de leurs interprétations. Ceci rend compte d'une orientation quantitative. La dimension qualitative est reléguée à l'arrière-plan, bien que dans le DSM-IV, elle puisse se retrouver dans l'axe servant à indiquer le jugement global du clinicien. Dans cette perspective, la focalisation sur le symptôme "exclut la référence à l'organisation psychopathologique sous-jacente" (Sam TYANO, Yossi ZOHAR, "Le DSM IV et la psychopathologie psychanalytique", *Psychiatrie française*, vol 31, déc 2000).

¹⁶⁴³ Le score de dépendance relationnelle est calculé en additionnant la cotation de deux variables : la dépendance au comportement et la dépendance à relation.

¹⁶⁴⁴ Dépendance à l'alimentation, à l'habillement, au déplacement, et à la continence.

¹⁶⁴⁵ Circulaire DHOS/E 3 n°2001-625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI-Psychiatrie à titre expérimental, Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité n°7 du 2 mars 2002. Cf. annexe.

- les activités de consultation et de soins externes ¹⁶⁴⁶,
- les actions dans la communauté.

Deux systèmes différents sont donc institués selon l'hospitalisation et l'ambulatoire. Pour le temps complet et le temps partiel, le principe est de classer l'activité en groupes homogènes de journées prédictifs d'un coût. Un Résumé d'Information Standardisé pour l'Hospitalisation complète (RIHC) doit alors être rempli chaque semaine pour chaque patient, toutes les variables étant obligatoires ¹⁶⁴⁷. Pour l'ambulatoire, un résumé d'information Standardisé pour les soins externes (RISE) doit également être rempli ¹⁶⁴⁸. Pour les actions dans la communauté, un Résumé d'Information standardisé (RISC) doit préciser le lieu, la durée, le nombre et le type d'intervenants. Des données susceptibles d'alimenter l'évolution de l'outil "PMSI - psychiatrie" vers une approche en termes de trajectoire de patients peuvent être intégrées au recueil d'information.

Dans l'esprit psychiatrique français, les protocoles thérapeutiques ne sont "que le cadre des soins" ¹⁶⁴⁹ et non la thérapie elle-même. La grille EDGARS (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion, Soin physique) est ainsi contestée au motif qu'elle assimile les soins prodigués au patient à une somme d'actes, dont chacun dépend d'une durée, d'une technique et du prix de la personne qui l'instruit. Cette logique, qui retient des items «équivalents de ceux retenus par la médecine somatique» nierait la référence à la dimension subjective de l'être ¹⁶⁵⁰. Concrètement, cela signifie que les critères proposés dans le PMSI-psychiatrie réduisent le temps soignant à une addition du temps consacré par chaque acte thérapeutique, tel que défini par la grille d'évaluation.

Le Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie s'insurge en mars 2001 contre la "réduction de l'aspect relationnel à sa seule dimension temporelle" ¹⁶⁵¹. Une telle défense s'explique par le fait que de nombreux psychiatres fonctionnent par "protocoles implicites" hérités de la psychothérapie institutionnelle : ils considèrent ainsi comme

¹⁶⁴⁶ Elle est précisée par la grille EDGARS (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion, Soin physique).

¹⁶⁴⁷ Date d'entrée, mode d'entrée, date de sortie, mode de sortie, destination, présence en journées, ancienneté médicale du séjour, année de 1^{ère} visite dans le secteur ou le service, date de naissance, sexe, "si le patient est SDF", mode de vie, activité professionnelle, allocation, mesure de protection, autorité parentale, mode de scolarisation, mise en chambre d'isolement, dépendance physique et relationnelle, Evaluation globale de fonctionnement, un diagnostic principal, un diagnostic associé significatif, un diagnostic somatique significatif (avec nombre d'heure de soins par jour), un diagnostic psychiatrique longitudinal, deux facteurs environnementaux, une cause externe de morbidité et de mortalité.

¹⁶⁴⁸ date de naissance, sexe, si le patient est SDF, Mode de vie, activité professionnelle, allocation, mesure de protection, un diagnostic principal, un diagnostic associé significatif, un diagnostic somatique significatif, un diagnostic psychiatrique longitudinal, deux facteurs environnementaux, une cause externe de morbidité et de mortalité, la date et la durée de l'acte, le type d'acte, le déplacement nécessaire à la démarche, le groupe, l'accompagnement, la réunion, la présence d'un médecin ou non, le nombre d'intervenants, le lieu, le nombre de patients.

¹⁶⁴⁹ Marc Hayat (Psychiatre) "Politique d'évaluation, évaluation de la politique", *Pratiques en santé mentale*, 2003, n°3, p. 8.

¹⁶⁵⁰ Marc Hayat, "Politique d'évaluation, évaluation de la politique", *op. cit.*, p. 10

¹⁶⁵¹ Communiqué du CASP, mars 2001.

Jean Oury que "ce qui est efficace ce n'est pas ce qui est exact, mais de l'ordre de la vérité"¹⁶⁵³. Or l'ordre de la vérité intègre les valeurs qui se manifestent dans la relation à l'autre et non dans la prescription ou l'administration de médicaments.

L'évaluation de l'efficacité thérapeutique en psychiatrie est donc jugée très difficile à indexer sur des critères en raison de la spécificité même du soin psychique :

"Mais le problème en psychiatrie, c'est que vous ne savez pas quand vous soignez. Vous n'êtes pas maîtres de ce qui se passera. Une fois d'accord là-dessus, je veux bien mesurer le reste" ¹⁶⁵⁴ .

Dès lors, le PMSI est critiqué en raison de son incapacité à différencier les services soucieux de la qualité des soins et les autres. L'outil d'évaluation en question, par son formalisme, ne permettrait pas d'apprécier la capacité réflexive de l'équipe soignante. Ainsi, un cadre de santé nous faisait part de l'inobjectivable de la relation de soin entre les infirmiers psychiatriques et leurs patients :

"Notre idée, c'est que le travail informel a une place prépondérante, décisive. Ce qui fait le corps du travail infirmier en psychiatrie. Et tout cela ne rentre pas dans le PMSI. C'est le genre de truc qu'on amène le soir en rentrant" ¹⁶⁵⁵ .

L'exigence d'une loi commune est récurrente car les risques de toute puissance liée au pouvoir des praticiens sont réels. Le témoignage de la psychologue de l'un des Centres médico-psychologiques étudiés souligne ce risque : elle parle en effet de la "perversion de l'ancien chef de service"¹⁶⁵⁶, qui abusait de sa situation de médecin chef vis-à-vis des soignants et des patients. Le PMSI ne saurait d'après les membres de l'équipe soignante saisir ce genre d'attitude éminemment préjudiciable au travail de soin. Au formel de l'évaluation, les psychiatres souhaitent substituer une loi symbolique commune, seul à même d'éviter que s'immiscent dans le relationnel des poches de toute-puissance :

"Un dysfonctionnement de service ne sera pas résolu par ça (le PMSI). Ça va se jouer dans l'espace commun de l'équipe. Il faudrait réintroduire un cadre souvent dans des services : une loi pour que chacun ne soit pas dans la toute puissance"

¹⁶⁵⁷ .

Les infirmiers avec lesquels nous nous sommes entretenus confirment l'inaptitude du PMSI à rendre compte précisément du soin. Il semble que les codes du PMSI ne puissent restituer ni la durée de certains soins, ni l'importance de leurs actes thérapeutiques :

¹⁶⁵² Bernard Durand, "Protocoles, à quelles conditions ?", *Pratiques en santé mentale*, 2003, n°3, p. 19.

¹⁶⁵³ Jean Oury redoute que les soignants en psychiatrie soient jugés sur les critères marxistes de l'économie restreinte et non de l'économie générale, qui tient elle justement compte de ce qui n'est pas comptable, Jean Oury, "De l'inestimable du travail psychiatrique", *Pratiques en santé mentale*, 2003, n°3, pp. 35-36.

¹⁶⁵⁴ *Entretien avec le Docteur Acacia.*

¹⁶⁵⁵ *Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.*

¹⁶⁵⁶ Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

¹⁶⁵⁷ *Entretien avec le Docteur Bleuet.*

"Pour les chambres d'isolement, on doit remplir un papier qui ne rend pas compte de ce qu'est le soin. On remplissait le code. Je supportais très mal. Parce que ça peut être le même numéro pour 1000 patients alors que le soin peut durer ½ heure ou toute la journée. Et pleins de choses importantes ne sont pas codifiées. Le PMSI code aussi le travail : par exemple, l'injection, c'est ES1 (et on donne le temps passé, le nombre de personnes) ; il y a aussi un code pour l'entretien».¹⁶⁵⁸

L'objectivation du sujet pose problème aux membres de l'équipe soignante car elle est perçue comme en décalage avec la réalité des soins :

"La sécu nous dit ; une dépression, ça dure tant de temps mais on peut pas savoir ce genre de choses et après on nous accuse d'arrêts de travail abusifs"¹⁶⁵⁹

C'est parce que le PMSI «objective les gens, patients comme soignants dans une dérive managériale»¹⁶⁶⁰ que les praticiens proposent de repenser l'évaluation telle qu'elle est proposée par les pouvoirs publics.

2. Pour une autre évaluation

Il s'avère utile de reprendre à notre compte l'actualité de la distinction établie entre la position des "tenants de la psychiatrie sociale" et "les psychiatres proches d'une psychiatrie médicale et scientifique (les universitaires)" évoquée par Sandra Philippe quant à la prise de position face au PMSI. Force est alors de comprendre cette opposition comme un effet de la spécificité de la culture professionnelle de secteur quant à son rejet des formes d'objectivation du patient. Ainsi, ce qui est désigné par Sandra Philippe comme un intérêt universitaire pour le PMSI comme "apport méthodologique à la recherche clinique" ne doit pas être négligé mais resitué dans la bipartition culturelle historique entre les Centres Hospitaliers Universitaires et la psychiatrie de secteur¹⁶⁶¹.

Toutefois, on remarque que les psychiatres de secteur ne sont pas contre le principe d'une évaluation de leur pratique. Considérant qu'il est "suicidaire de se mettre dans une position non évaluable"¹⁶⁶², ils ne sont pas opposés formellement au PMSI car ce dernier a le mérite de susciter de grandes discussions. Déjà, aux premières Journées Nationales de la Psychiatrie de 1983, on affirmait vouloir trouver une méthode d'évaluation de l'efficacité psychothérapeutique ("c'est à un tel prix de clarification que nos méthodes

¹⁶⁵⁸ Entretien avec Madame Mimosa, infirmière.

¹⁶⁵⁹ Entretien avec Monsieur Liseron, infirmier.

¹⁶⁶⁰ Entretien avec le Docteur Laurier.

¹⁶⁶¹ Sandra Philippe note que les médecins DIM "se figent dans une position minoritaire parmi les autres psychiatres qui tendent parfois à les déconsidérer" car ils s'éloignent de la "conception dominante du métier basée sur la clinique et le colloque entre soignants et soignés" (*Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin, op. cit., pp. 212-213*).

¹⁶⁶² Entretien avec le Docteur Ajonc.

gagneront en crédibilité "externe" - et à l'intérieur même de la profession"¹⁶⁶³). Dès lors, une question s'impose à nous : que signifie évaluer la qualité de la psychiatrie de secteur d'après les praticiens ?

Christian Vasseur, Président de l'Association Française de Psychiatrie, redoute que le PMSI-psychiatrie soit généralisé ; il appelle à la remise en cause du PMSI en ces termes :

«Malgré son évidente inadéquation à la psychiatrie, le PMSI sera généralisé pour quelque satisfaction solitaire, obsessionnelle, en toute rigidité, c'est-à-dire incapacité à remettre en cause une entreprise qui a déjà trop coûté (persévérer la justifierait donc ?)» ¹⁶⁶⁴ .

Une telle critique débouche sur des propositions visant à créer une autre évaluation des capacités soignantes propres à la psychiatrie. Vouloir connaître le coût des soins n'apparaît pas illégitime aux yeux des praticiens ; l'assimiler à des soins de qualité pose en revanche plus de problèmes. La question des critères de l'évaluation se trouve alors au cœur du débat, tant pour le PMSI que pour les outils de planification en santé mentale qui se résument à des indices de lits ou de places d'hospitalisation par habitant¹⁶⁶⁵. Ce qui fait défaut à l'évaluation actuelle pour les psychiatres de secteur, c'est la prise en compte du travail de secteur lui-même. Ainsi, dans le second Rapport préalable aux Etats Généraux de la Psychiatrie, Sylvie Péron, Vice-Présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, s'insurge contre l'absence de toute étude sur le travail de secteur :

"Le travail à long terme, minutieux, généreux, fruit d'un partage des tâches, les uns avec les autres, dans une même communauté de soins est à la base de nombreuses stabilisations des patients, en conservant leur intégration sociale, leur individualité et citoyenneté. Le secteur, par la multiplicité de ces structures, de ces indications, des activités différentes, reliées les unes aux autres, en passant par les inter-actions de nombreux métiers et intervenants, permet la pluralité des prises en charge de nos patients, patients souffrant de psychose avérée ou de dépression, voire de difficultés existentielles...Il est curieux de constater que ce formidable gisement ne fait l'objet d'aucune étude particulière par les Pouvoirs Publics" ¹⁶⁶⁶ .

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux votera donc le 1er octobre 2003 une motion affirmant que la «mission de santé publique des secteurs nécessite que le budget de l'hôpital soit établi en référence aux besoins de la population [...] autour de données socio-démographiques et épidémiologiques» et que «porte sur l'activité des secteurs» ¹⁶⁶⁷ .

¹⁶⁶³ Bles G. "De l'impuissance à l'efficacité", in *Quelle psychiatrie, quels psychiatres pour demain ?*, Premières journées nationales de la psychiatrie, Avignon, 5 à 7 mai 1983, Paris, Privat, p. 31.

¹⁶⁶⁴ Christian Vasseur, "la psychiatrie et la relation soignante", *Rapport préalable aux Etats Généraux de la psychiatrie, mai 2003*, www.eg-psychiatrie.com

¹⁶⁶⁵ Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, op. cit., p. 177.

¹⁶⁶⁶ Sylvie Péron, "Les structures et les hommes", *Rapport 2, première partie, mai 2003*. www.eg-psychiatrie.com

L'imposition d'une évaluation médico-économique pousse les praticiens à faire de nécessité vertu. A la marge, certains psychiatres tentent de se plier aux exigences du PMSI sans perdre, pourrait-on dire, leurs "fondamentaux". Ainsi, considérant que la psychothérapie institutionnelle peut être regardée comme le précurseur, en psychiatrie publique, de la démarche qualité, deux psychiatres travaillant en Centre Hospitalier Spécialisé proposent de "mettre la démarche qualité au service de l'institution, c'est-à-dire de l'instituant"¹⁶⁶⁸ dans article récemment publié dans la revue *Pratiques en Santé mentale*. Le bilan de la mise en œuvre de la procédure d'évaluation est alors l'occasion de mettre en récit l'instrumentalisation de la procédure au service d'une conception du soin héritée de la psychothérapie institutionnelle. Dès lors, alors même que les Ordonnances de 1996 consacrant l'évaluation sont jugées aux antipodes d'une démarche d'évaluation de la santé du patient, ces deux psychiatres font de cette exigence législative une opportunité pour mettre en question "le concept de qualité issu de l'industrie"¹⁶⁶⁹. L'élaboration concertée d'un discours commun¹⁶⁷⁰ au sein du secteur, sur la qualité des soins, est alors interprétée par les deux psychiatres comme le moyen d'une "analyse permanente et collective des opérateurs institutionnels"¹⁶⁷¹ :

"Rester Sujet et acteur du soin face à un autre Sujet, souffrant, lui offrir une dynamique institutionnelle qui ne renie ni contrainte économique ni contrainte administrative, bref, qui s'adapte sans se renier à son temps, n'est-ce pas laisser ouverte la place désir, celui du patient et celui du soignant, sans se soumettre à la tyrannie du besoin ou de la demande comme on nous y incite trop aujourd'hui."¹⁶⁷²

Toutefois, les auteurs du même article pointent le risque persistant d'une formalisation rigide de la démarche qualité, le caractère chronophage de la démarche, et les limites de l'impératif gestionnaire¹⁶⁷³. L'optimisme de ces praticiens ne doit donc pas nous faire

¹⁶⁶⁷ Motion 1, Assemblée Générale du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, Tours, 1^{er} octobre 2003.

¹⁶⁶⁸ Patrick Alary et Jean-François Golse, "La démarche qualité au service de l'institution : un pari fou ? Réflexions sur les enjeux de la méthode", *Pratiques en santé mentale*, 2003, n°3, p. 23.

¹⁶⁶⁹ *Ibid*, p. 25.

¹⁶⁷⁰ Au CHS de Saint-Lô, un comité de pilotage a été institué, impliquant concrètement tous les secteurs d'activité de l'établissement. Trois membres de ce comité ont constitué un "interface constamment en rapport avec le correspondant ANAES de l'établissement" d'après les psychiatres du CSH. Patrick Alary et Jean-François Golse, *op. cit.*, p. 27.

¹⁶⁷¹ L'expression est de Philippe Koechlin.

¹⁶⁷² Patrick Alary et Jean-François Golse, "La démarche qualité au service de l'institution : un pari fou ? Réflexions sur les enjeux de la méthode", *op. cit.*, p. 28.

¹⁶⁷³ A ces écueils, les deux psychiatres ajoutent notamment "l'illusion de la norme, le flou sémantique entre patient, usager et client, les limites des Droits des usagers, le devenir de la qualité dans un temps annoncé de pénurie soignante et de difficultés économiques, les impasses de la notion de réseau", Patrick Alary et Jean-François Golse, "La démarche qualité au service de l'institution : un pari fou ? Réflexions sur les enjeux de la méthode", *op. cit.*, p. 28.

oublier la fausse similitude entre la procédure d'accréditation et la psycho-dynamique du travail. En effet, les rencontres liées à la procédure d'accréditation entre les expert-visiteurs de l'ANAES et l'équipe soignante et administrative sont entravées par les enjeux stratégiques de cette procédure pour les établissements¹⁶⁷⁴. L'institution de la procédure d'évaluation et d'accréditation nous renvoie alors directement à l'illusion démocratique déjà évoquée (I, A-2).

II. Une psychiatrie requise pour une gestion du social ?

Normaliser signifie d'après la définition de Georges Canguilhem "imposer une exigence à une existence, à un donné, dont la variété, la disparité s'offrent, au regard de l'existence, comme un indéterminé hostile plus encore qu'étranger"¹⁶⁷⁵. Ici, le concept de norme est pensé dans son usage polémique. Canguilhem recherche l'essence de cet usage dans le rapport normal-anormal : ce dernier résiderait alors dans sa capacité à proposer et non à imposer un mode possible d'unification du divers, à la différence d'une loi de nature qui nécessite son effet. Une norme peut donc entrer dans un rapport d'opposition axiologique avec une autre norme. Nous mobilisons ici une telle référence parce que la définition du normal et du pathologique psychiques est l'objet de définitions concurrentes relevant de champs différents. L'extension de compétence du psychiatre de service public correspond au décloisonnement entre des institutions relevant de domaines différents : le soin, l'accompagnement et la réinsertion sociale, l'éducation, la justice, la police, etc. Puisque les psychiatres se voient attribuer une fonction dans la définition et la résolution de problèmes sociaux ne relevant pas jusqu'ici du champ médical, il nous faudra comparer les définitions concurrentes de la "souffrance psychique" fournies par des acteurs ayant de plus en plus à travailler ensemble.

Nous avons intitulé ce chapitre "une psychiatrie requise pour une gestion du social ?» parce que face à cette extension de compétence, les psychiatres de secteur du psychiatre de service public sont contraints d'interroger leur identité. Leur crainte est double voir la maladie mentale réduite à ses déterminants sociaux et le psychiatre à une fonction sociale. La résistance se traduit par un débat psychiatrique houleux autour de pathologies dites "nouvelles", à forte étiologie sociale. Nous verrons que ce débat se traduit dans les faits par de nouvelles théories de la pratique tentant d'intégrer la réactualisation du pari institutionnel.

A- L'extension de compétence du psychiatre

Il existe plusieurs facteurs d'augmentation de la demande faite à la psychiatrie publique. De "nouvelles missions" sont imposées par les pouvoirs publics : exclus, délinquants sexuels, population atteinte du Sida et personnes sous injonction thérapeutique comptent

¹⁶⁷⁴ Cette position est défendue par Marie-Christine Hiebel, coordinatrice administrative de la Clinique de la Borde, ayant effectué entre 2000 et 2001 plusieurs visites en tant qu'expert-visiteur de l'ANAES au terme desquelles elle donne sa démission en 2002. Marie-Christine Hiebel, «Négoce de soins ?», *Pratiques en santé mentale*, op. cit., p. 30.

¹⁶⁷⁵ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 177.

parmi les nouveaux patients du secteur. Nous verrons également qu'une demande émanant des acteurs du travail social et un accroissement des dépressions prises en charge par le dispositif psychiatrique modifie et étend la population relevant du secteur psychiatrique.

Une telle évolution impose de questionner les différentes acceptions de l'expression "souffrance psychique" en sociologisant les points de vue des auteurs qui en font usage : nous saisissons trois types de définitions, psychiatrique, sociale et politique.

A-1- DE NOUVELLES SOLLICITATIONS

Les pouvoirs publics assignent à la psychiatrie publique de nouvelles missions, essentiellement depuis le début des années 1990. Les psychiatres de secteur se voient sollicités également par des acteurs institutionnels dont la mission n'est pas soignante, mais sociale au sens très large. Les populations auxquelles la psychiatrie est confrontée change d'après les dires de l'équipe de secteur mais également au vu des catégories diagnostiques établies par le Département d'Information Médicale des établissements psychiatriques. Ce phénomène n'implique pas le constat d'une augmentation, dans la société, de la dépression : il est plutôt le signe d'un décentrement de la psychiatrie publique de secteur par rapport à un noyau dur défini historiquement comme la prise en charge de la psychose.

1. De nouvelles missions

Deux types de données nous invitent à conclure à l'extension de la compétence du psychiatre : l'un correspondant à des impositions légales, l'autre à des sollicitations spontanées. Nous évoquerons successivement l'injonction de soins, la prise en charge des exclus, puis les demandes émanant des acteurs sociaux.

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs¹⁶⁷⁶ insère après l'article 131-36 du Code Pénal une sous-section VI relative au suivi socio-judiciaire. Le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins s'il est établi après une expertise médicale, que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement¹⁶⁷⁷. Si le condamné refuse les soins, l'emprisonnement est prononcé¹⁶⁷⁸. L'injonction de soins peut également intervenir pendant l'exécution d'une peine privative de liberté. Le suivi socio-judiciaire peut ainsi être ordonné en même temps qu'une peine d'emprisonnement assorti, en tout ou partie, du sursis avec mise à l'épreuve¹⁶⁷⁹. En matière correctionnelle, le suivi

¹⁶⁷⁶ Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

¹⁶⁷⁷ Deux experts sont requis en cas de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie. Cette expertise peut être ordonnée dès le stade de l'enquête par le Procureur de la République, article 706-47 du Code Pénal.

¹⁶⁷⁸ Article 131-36-1 du Code Pénal.

socio-judiciaire peut être ordonné comme peine principale¹⁶⁸⁰. La personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est tenue de justifier, auprès du juge de l'application des peines, de l'accomplissement des obligations qui lui sont imposées¹⁶⁸¹. Le médecin traitant peut informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation de l'interruption du traitement et proposer au juge de l'application des peines d'ordonner une expertise médicale¹⁶⁸².

La légalisation de l'injonction de soins aux délinquants sexuels a suscité un véritable tollé chez les syndicats de psychiatres. En revanche, le Conseil de l'Ordre des médecins a approuvé l'esprit de la loi, en regrettant tout de même de ne pas avoir été associé aux groupes de réflexion préalable à la loi initiée par Jacques Toubon. Le Conseil de l'Ordre critique en outre le fait que l'injonction de soins soit réservée au seul psychiatre, comme l'indique une lettre adressée au Ministre du Travail et des affaires sociales :

"Nous ne pensons pas que cette prise en charge doive être réservée au seul psychiatre (un médecin généraliste ou un endocrinologue seront parfois mieux à même d'assurer ce suivi). Les infractions sexuelles sont en effet loin d'avoir une origine exclusivement psychologique»¹⁶⁸³.

Les psychiatres réunis en syndicats se sont sentis exclus de la préparation de cette loi. En effet, le SPEP¹⁶⁸⁴, le Syndicat Universitaire de la Psychiatrie, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux et le Syndicat de la psychiatrie de Secteur, condamnent tous le manque de concertation mais surtout, ils se fondent sur l'article 5 du Code de déontologie ("le médecin ne peut aliéner son indépendance") pour s'opposer au projet de loi. L'obligation de traiter psychiatriquement les délinquants sexuels est critiquée car elle s'applique de

¹⁶⁷⁹ L'article 763-7 du Code Pénal dispose que : "Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire prévu par le second alinéa de l'article 718 et permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté". Pour la mise en oeuvre de l'injonction de soins, le juge de l'application des peines désigne, sur une liste de psychiatres, ou de médecins ayant suivi une formation appropriée, établie par le procureur de la République, un médecin coordonnateur qui est chargé (Art. L. 355-33), d'inviter le condamné à choisir un médecin traitant, conseiller le médecin traitant qui le demande, transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires (attestations de suivi du traitement par le médecin traitant) au contrôle de l'injonction de soins, informer le condamné de la possibilité de suivre son traitement après le terme du suivi socio-judiciaire.

¹⁶⁸⁰ Article 131-36-7 du Code Pénal.

¹⁶⁸¹ Article 763-2 du Code Pénal.

¹⁶⁸² Article L. 355-35 du Code Pénal.

¹⁶⁸³ ***Professeur Bernard Glorion, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Lettre du 21 novembre 1996 à Monsieur Jacques Barrot, Ministre du Travail et des Affaires sociales, p. 2 (Documents DGS).***

¹⁶⁸⁴ Le Syndicat national d'exercice public (SPEP) créé le 23 avril 1986. est principalement composé d'ex-assistants et adjoints. Ses membres jusqu'alors syndiqués SNPH considèrent que cette organisation prend trop exclusivement en compte les intérêts des ex-chefs de service. Syndicat de jeunes psychiatres (Note pour le Ministre délégué chargé de la santé et de la famille par le Directeur Général de la Santé, J-F Girard, 23 mai 1986, Documents DGS).

manière systématique d'une part et parce le principe même d'une injonction de soins remettrait en cause le statut déontologique de la médecine comme tiers d'autre part.

L'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire oppose également l'éthique professionnelle du médecin au projet de loi, qu'il juge en contradiction avec les rapports déposés par les trois commissions Balier, Lempérière et Cartier¹⁶⁸⁵, notamment parce qu'il établit une "confusion entre peine et soin"¹⁶⁸⁶, ce que conteste Xavier Emmanuelli¹⁶⁸⁷.

Les Présidents et Vice-Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement dénoncent la même absence de concertation préalable, au niveau des conférences, et au niveau des représentants des SMPR. Il se montre réticent quant au nouveau rapport entre la justice et la psychiatrie porté par le projet de loi :

"Pour la première fois la psychiatrie deviendrait en France, un auxiliaire judiciaire chargé de soins pour la Justice. Il s'agit là d'une décision grave dont on peut s'étonner qu'elle n'ait pas fait l'objet d'aucune recherche de consensus sur les modalités et les moyens"¹⁶⁸⁸.

Le communiqué du Conseil national du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux témoigne de la même inquiétude :

¹⁶⁸⁵ Au milieu des années 1990, diverses commissions composées de professeurs de Droit, de magistrats et de médecins, respectivement présidées par Madame Marie-Elisabeth Cartier, professeur de Droit pénal, par le Docteur Claude Balier et par le Docteur Thérèse Lempérière, ont souligné la nécessité de mettre en place après la libération des condamnés un suivi post-carcéral de nature judiciaire et le cas échéant médicale, d'une durée plus longue que les mesures qui peuvent être actuellement prévues dans la législation avant 1998. Notamment, dans son Rapport de 1995 sur "Le traitement médical des auteurs de délits et crimes sexuels", le Docteur Balier, aux côtés des Docteurs Parayre et Parpillon, déclare: "il ne faut pas se méprendre sur les missions respectives du judiciaire et du sanitaire... on ne peut contraindre un patient à se faire soigner" (extraits du Rapport ""Le traitement médical des auteurs de délits et crimes sexuels", Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Ministère de la Justice, 1995, ([//psydoc-Docteur.broca.inserm.fr](http://psydoc-Docteur.broca.inserm.fr)). Lors des débats au Sénat, Madame Lempérière approuve globalement le projet de Monsieur Toubon (Rapport n°265, Commission des Lois, www.senat.fr/rap/197-265/). Quant au Docteur Balier, il précise que le problème de l'obligation des soins en prison n'est pas nécessaire, qu'il introduirait quelque chose de faux dans la relation thérapeutique"; en revanche, il considère que la notion de suivi socio-judiciaire consacré dans le projet de loi est utile car elle implique qu'un acte extérieur déclenche une relation thérapeutique, dont le psychiatre doit élaborer, avec le patient, le bien fondé (Rapport n°265, Commission des Lois, www.senat.fr/rap/197-265/). Le même médecin participera à titre d'expert à la Conférence de Consensus des 22 et 23 novembre 2001 intitulée "Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle", organisée par la Fédération Française de Psychiatrie avec le soutien de la Direction Générale de la santé. Les recommandations issues de cette conférence concluent notamment à la contre-indication absolue de la négation des faits poursuivis par le sujet à toute injonction de soins" ([//psydoc-Docteur.broca.inserm.fr](http://psydoc-Docteur.broca.inserm.fr)). Pour notre analyse, ces différents arguments confirment toutes la difficulté qu'il y a à faire tenir ensemble la nécessité de soins des patients judiciaires, et celle de l'adhésion aux soins, indispensable à l'efficacité de toute relation thérapeutique.

¹⁶⁸⁶ Pierre Lamothe, Président de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, Lettre du 12 novembre 1996 à Monsieur le Ministre de la Justice, Jacques Toubon (Documents DGS).

¹⁶⁸⁷ "Les mesures préconisées ne s'opposent en rien à l'application des recommandations des commissions Balier...", Courrier de Xavier Emmanuelli à Pierre Lamothe, Pdt de l'association des secteurs de psy en milieu pénitentiaire, SMPR des Prisons de Lyon, 26 novembre 1996 (Documents DGS).

"Il est utile de rappeler que l'indépendance du praticien et le respect absolu du secret médical est techniquement indispensable à la réalisation du soin. Tout protocole qui méconnaîtrait ces principes... ne pourrait qu'être rigoureusement dénoncé par notre organisation comme un leurre d'autant plus dangereux qu'il n'offrirait qu'une fausse sécurité" ¹⁶⁸⁹ .

Outre l'insuffisance des soins psychiatriques apportés aux délinquants sexuels ¹⁶⁹⁰, l'établissement d'une nouvelle catégorie de personnes à soigner sous la contrainte (par l'injonction) pose le problème crucial de la demande de soins. Entre outre, la mission interministérielle chargée du rapport sur l'organisation des soins aux détenus en 2001 évoque le renforcement de la réticence des psychiatres à l'application de la loi du 17 juin 1998 du fait du manque de clarté quant aux rôles respectifs du médecin coordinateur et du médecin traitant ¹⁶⁹¹ .

Face aux nouvelles missions assignées aux psychiatres, les réactions sont moins tranchées que dans les discours de représentation. Sur la prise en charge des délinquants sexuels, les psychiatres ont dû retrouver des marques :

"Pour les délinquants sexuels, au début c'était compliqué parce que le repérage de notre place n'était pas clair. Ca s'est arrangé aussi, on a trouvé des marques. C'est toujours soutenu par la réflexion globale du corps professionnel. Après le moment de sidération, on a pu trouver des marques avec d'autres professionnels." ¹⁶⁹²

Toutefois, l'effet de la nouvelle mission réside d'après le même praticien chef de service dans "l'abandon d'un type de population" ¹⁶⁹³ au profit de patients dont la prise en charge est obligatoire.

D'autres missions sont assignées à la psychiatrie de secteur. Nous nous attacherons plus particulièrement à la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions qui dispose en son article 67 que :

¹⁶⁸⁸ "La conférence nationale a été informée le 17 novembre au soir que devait se discuter le 18 novembre au niveau ministériel un texte de loi concernant les délinquants sexuels", Fax du Vice Pdt Docteur JM Bouchard au Secrétariat à la santé et à la sécurité sociale du 18 novembre, adjoint à la lettre du Docteur Paulet, SMPR des Baumettes (Association des SPMR) à Madame Questiaux, Conseiller d'Etat, du 28 novembre 1996 (Documents DGS).

¹⁶⁸⁹ Communiqué du Conseil national du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, Lettre de Pierre Faraggi au Secrétaire Général de la Santé (le Professeur Girard), 29 novembre 1996 (Documents DGS)..

¹⁶⁹⁰ Le rapport sur l'organisation des soins aux détenus établi en 2001 montre la très grande disparité de l'offre de soins psychiatriques en fonction des besoins du milieu pénitentiaire ("L'organisation des soins aux détenus", Rapport d'évaluation, Monsieur Fatome, membre de l'IGAS, Monsieur Vernerey, Inspecteur Général IGAS, Madame le Docteur.Lalande, membre de l'IGAS, Madame Froment, Inspectrice des services judiciaires, Madame Valdes-Boulouque, Inspectrice des services judiciaires, Juin 2001, pp. 103-104).

¹⁶⁹¹ "L'organisation des soins aux détenus", *op. cit.*, p. 105.

¹⁶⁹² Entretien avec le Docteur Safran .

¹⁶⁹³ *Ibid.*

"L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies." ¹⁶⁹⁴

Cette loi de 1998 institue dans chaque région un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies, dont l'élaboration et la mise en oeuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat dans la région ¹⁶⁹⁵. Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable de la situation départementale en matière d'accès aux soins et de prévention pour les personnes démunies. Le PRAPS doit alors préciser les conditions dans lesquelles les services de l'Etat, en particulier les services de santé, scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de Protection Maternelle et Infantile, les organismes de Sécurité Sociale, les Agences Régionales de l'Hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en oeuvre de ces actions. Le PRAPS doit définir des actions pour lutter contre les "pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels" ¹⁶⁹⁶. La loi demande aux établissements publics et privés (participant au service public hospitalier) de santé la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé ¹⁶⁹⁷.

Nous citerons pour l'exemple, et parce qu'il encadre les initiatives de réseau dans le Rhône, le Plan d'action départemental du Rhône arrêté en 2000 dans le cadre du PRAPS. La DDASS du Rhône et la Société Régionale de Santé Publique ont constitué un "groupe projet" qui a lui-même défini cinq groupes de travail. A l'issue des travaux des groupes de travail, des propositions d'actions ont été formulées sous forme d'objectifs parmi lesquelles on trouve "le renforcement du dialogue entre les personnes et bénévoles médico-sociaux et professionnels de la psychiatrie" ¹⁶⁹⁸. Cet objectif s'inscrit largement dans l'orientation définie par le Comité régional des politiques de santé, instance prévue par la loi relative à la lutte contre les exclusions :

"Le développement de la prévention et le soutien aux réseaux sont deux grandes priorités [...] Il conviendra d'intégrer dans les projets une meilleure articulation entre le soin psychiatrique et l'accompagnement social" ¹⁶⁹⁹.

¹⁶⁹⁴ Article 67 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

¹⁶⁹⁵ Circulaire DGS/SD6D n° 2002/ 100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS). Cf annexe.

¹⁶⁹⁶ Article 71 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

¹⁶⁹⁷ Article 76 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

¹⁶⁹⁸ PRAPS, Plan d'actions départemental du Rhône, 6 avril 2000, p. 5. www.Rhône-Alpes.santé.gouv.fr

Deux questions liées aux nouvelles missions assignées à la psychiatrie sont soulevées par les praticiens de secteur avec lesquels nous nous sommes entretenus : l'augmentation globale des populations à prendre en charge, et l'idée de "soins contraints". Ainsi, c'est en terme de "population supplémentaire", au même titre que d'autres, sidéens ou délinquants sexuels, que les psychiatres évoquent les grands exclus :

"Et puis, on a eu aussi à faire face à de nouvelles missions : les exclus, avec tous les problèmes que ça pose, le sida pendant un moment a été un gros problème, et la prise en charge des délinquants sexuels... Euh...ouais... de choses dans ce genre-là. Pour les exclus, ce sont en tout cas des problèmes posés à tout le monde. On se demandait ce qu'on nous demandait exactement. La question n'est d'ailleurs toujours pas réglée mais on s'y adapte... on a moins d'états d'âme." ¹⁷⁰⁰

La circulaire du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH ¹⁷⁰¹ invitait le personnel psychiatrique à participer à la prise en charge des sidéens. En pratique, il fallut intégrer un nouveau type de patients :

"Pour le sida, le problème s'est réglé ; je caricature. C'était un nouveau type de patients très militant, ce qui fait qu'ils étaient pas très bien supportés par les services de médecine donc ils débarquaient souvent là. Avec en plus des situations dramatiques dont personne ne voulait. Par exemple, on a eu une pauvre fille très démunie, qui avait le sida, mais dont la pathologie n'était pas grave. On l'a gardée très longtemps. Et on en a accueilli comme ça périodiquement" ¹⁷⁰² .

Globalement, les psychiatres de secteur constatent une augmentation de leur activité liées aux nouvelles missions qui leur sont assignées depuis une dizaine d'années («La crise, c'est que notre travail augmente : délinquants sexuels, précaires, ...») ¹⁷⁰³. A ces nouvelles missions spécifiques, se sont ajoutées des demandes spontanées émanant du social "pur".

Ces nouvelles sollicitations correspondent à des demandes d'aide externe au milieu sanitaire ou judiciaire émanant de structures prenant en charge un public dans le domaine social et de la réinsertion.

En février 1995, un rapport du groupe de travail "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale" présidé par Antoine Lazarus, Professeur de Santé Publique, intitulé "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", met à jour ce phénomène. Il commence par ces mots :

¹⁶⁹⁹ PRAPS Rhône-Alpes, *op. cit.*, pp. 3-4.

¹⁷⁰⁰ Entretien avec le Docteur Safran.

¹⁷⁰¹ Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

¹⁷⁰² Entretien avec le Docteur Safran.

¹⁷⁰³ Entretien avec le Docteur Armoise.

"Ces deux administrations de mission (délégation interministérielle à la Ville et de la délégation interministérielle au RMI) étaient frappées en effet de la plainte remontant du terrain et qui mettait en relief les difficultés des politiques à l'oeuvre, politique d'insertion sociale individuelle, d'intégration des quartiers en difficulté, politiques d'accompagnement personnalisé et de développement social, dans lesquelles tous les professionnels se heurtaient à un problème mal identifié, mais pesant, perturbant, nouveau, celui de la souffrance, du mal être d'un nombre important des personnes dont ils étaient en charge. Ni les outils de diagnostic, ni ceux d'intervention psychiatriques classiques ne répondaient à l'attente des professionnels. S'agissait-il d'un problème de santé mentale, même si ce n'était pas de la maladie, d'un problème nouveau, spécifique, nécessitant de nouvelles formes d'intervention ?" ¹⁷⁰⁴

Ce rapport pointe le mal-être de certains intervenants sociaux face à la souffrance de leur public, double mal-être issu de la récurrence des échecs vis à vis du travail, du logement, de la vie sociale et familiale, mais aussi de l'incapacité à réaliser l'insertion de certains allocataires du Revenu Minimum d'Insertion. Cette plainte est confirmée par les praticiens de la psychiatrie de secteur des deux Centres Médico-psychologiques (à Paris et à Rillieux-La-Pape), et par les acteurs non médicaux de la ville de Pierre-Bénite. Elle a eu pour effet une sollicitation des premiers de la part des seconds (« nous sont tombées dessus des demandes d'action dans la cité ») ¹⁷⁰⁵.

En réponse à cette détresse, les expériences d'aide aux aidants non soignants n'ont cessé de se multiplier ces dernières années. Ainsi, à Rillieux-La-Pape comme à Paris, les mêmes sollicitations sont faites aux équipes de psychiatrie ; le même genre de réponse s'instaure :

"- De façon plus générale, il y a eu plus de sollicitation de la part du réseau, enfin de la part des organismes médico-sociaux du secteur. Ça a explosé. - Quel genre de sollicitation ? - Ça n'est pas toujours précisé, ça dépend aussi des gens qui demandent. On a sur le secteur beaucoup de foyers divers. Notamment un de réinsertion de femmes sortant de prison dont certaines posent des problèmes. Un CHRS, centre d'hébergement et de réinsertion sociale : c'est une structure associative qui accueillent de dix à vingt jeunes sur un travail de réinsertion, pour des Rmistes pour la plupart ... Et aussi des foyers médico-sociaux pour des problèmes de comportement de résidents, les services sociaux en général plus un certain nombre d'associations notamment pour les personnes âgées : le GRAT s'est constitué, je ne sais plus ce que ça veut dire " ¹⁷⁰⁶.

Ce genre de sollicitation conduit à un double travail de la part du secteur : d'une part, il s'agit de développer une prise en charge psychiatrique éventuelle de personnes (permanence, consultations au CMP...) ; d'autre part, un dispositif d'aide aux

¹⁷⁰⁴ Antoine Lazarus, Hélène Strohl, "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", Rapport remis à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la Délégation interministérielle au RMI, DIV-DSU, La documentation française, 1995, p. 8.

¹⁷⁰⁵ Entretien avec le Docteur Safran.

¹⁷⁰⁶ Entretien avec le Docteur Safran.

professionnels peut être mis en place (aide aux aidants, analyse de la pratique...). D'après le chef de service du secteur 27, les sollicitations d'autres professionnels ne se réduisent pas à une demande d'intervention auprès de leur public ; il s'agit aussi de faire appel au personnel soignant du secteur en vue d'obtenir un éclairage psychiatrique sur leur pratique. Devant ces demandes pressantes, le secteur organise des rencontres régulières :

"On les reçoit tous les deux ou trois mois : pour parler de leur pratique. C'est la même chose pour le CHRS : ces gens ne consultaient pas alors on mis en place une permanence là-bas une fois tous les quinze jours pour prendre en charge très peu de gens mais on travaille sur les problèmes posés à la structure par certains" ¹⁷⁰⁷ .

Globalement, ces demandes émanent plutôt des travailleurs sociaux pour des cas où la distinction entre problèmes sociaux et pathologie est difficile à évaluer. Ces sollicitations contribuent nettement à modifier le type de patients pris en charge par le secteur :

"Nous avons été sollicités directement par l'extérieur, par le social pur (travailleurs sociaux, foyers...) et pour des pathologies rentrant moins dans des classifications types : une sorte de mélange de pathologie et de problèmes sociaux. Par exemple, aux urgences en 1995, on avait surtout des psychotiques très fermés, qui ne dérangent pas : des SDF qui avaient une vie réglée. Aujourd'hui, on est sollicité avant la crise. Il y a eu en plus la création du Samu social. La psychiatrie est bien plus interpellée" ¹⁷⁰⁸ .

2. L'évolution qualitative de la population soignée

La conséquence de ces sollicitations inédites est l'élargissement de la pratique psychiatrique à des populations non psychotiques. Il s'agit de patients qui n'ont pas forcément de passé hospitalier, ce qui fait dire aux praticiens que c'est moins une "psychiatrie lourde" à entendre comme hospitalière, vers laquelle ils se dirigent. Les praticiens utilisent volontiers le terme de "souffrance psychique" pour désigner cette nouvelle population :

"Historiquement on a été très axé sur la psychiatrie lourde, la psychiatrie hospitalière... On a vu arriver des populations surtout au CMP en souffrance psychique, une augmentation des demandes de soin qui n'étaient pas de la psychiatrie lourde" ¹⁷⁰⁹

Le constat d'un meilleur accès au Centre Médico-Psychologique va de paire avec l'enregistrement d'une évolution qualitative de la demande. Ainsi, une psychiatre suffisamment expérimentée pour se permettre une comparaison, observe une transformation notable de la population à traiter :

"On faisait beaucoup de visites à domicile. Peu de patients venaient directement au CMP et tout d'un coup, on a eu énormément de patients nouveaux. On a donc

¹⁷⁰⁷ Ibid.

¹⁷⁰⁸ Entretien avec le Docteur Bleuet.

¹⁷⁰⁹ Entretien avec le Docteur Safran.

étendu notre travail à des patients jamais hospitalisés : des patients déprimés faisant des demandes de psychothérapie... une nouvelle population ne pouvant payer les psychothérapies".¹⁷¹⁰

Le chef de service du même secteur notait également de nouvelles demandes de psychothérapie émanant des patients ou de leurs familles¹⁷¹¹. Certains membres de l'équipe soignante expliquent ces initiatives par deux facteurs conjugués. Tout d'abord, une certaine banalisation du soin psychique expliquerait le recours aux services de la psychiatrie de secteur, principalement pour des symptômes dépressifs :

"Le CMP s'est ouvert à plus de monde. Avant, on avait une population qui était déjà passée par l'hôpital, Aujourd'hui, on a plus de demandes de psychothérapie ... Les prises en charge de la souffrance psychique sont plus banalisées»¹⁷¹².

Cette banalisation est parfois évoquée avec un certain agacement ("La raison ? c'est la mode d'aller voir le psy dès que quelque chose ne va pas")¹⁷¹³.

Le sentiment d'un changement de population ne doit cependant pas faire illusion quant aux facteurs d'une telle évolution : la répartition des pathologies est largement indexée à la dichotomie intra/extra-hospitalier de sorte que l'on ne voit pas le même type de patients à l'hôpital ou au Centre Médico-Psychologique. Ainsi, une infirmière nous confiait, qu'en passant d'un temps plein à l'hôpital à un temps plein au Centre Médico-Psychologique, on "découvrait tout un tas de pathologies qu'on ne voit pas en hôpital psychiatrique"¹⁷¹⁴. L'impression d'un changement de pathologie est donc ici le signe du développement de l'extra-hospitalier. Elle traduit un succès du secteur, au sens d'un accès amélioré, plus qu'une évolution générale de la santé mentale de la population, qui demeure difficile à appréhender. De même, l'affirmation selon laquelle le secteur prend en charge des "pathologies qui devaient être prises en charge avant par les médecins ou les psychiatres de ville"¹⁷¹⁵ ne permet pas de conclure à une précarisation de la population mais tout au plus d'enregistrer la banalisation de l'accès à un service public psychiatrique de consultation.

Nous ne contenterons pas des textes juridiques et des témoignages de professionnels pour caractériser l'évolution qualitative de la population prise en charge dans le secteur. La consultation des rapports du Département d'Information Médicale de Maison Blanche¹⁷¹⁶ nous a permis d'apprécier la traduction diagnostique d'une telle

¹⁷¹⁰ *Entretien avec le Docteur Armoise.*

¹⁷¹¹ "On a une demande des usagers pour une intervention à domicile depuis quelques années, c'est à la demande de familles mais pas forcément par l'intermédiaire des associations", Entretien avec le Docteur Safran.

¹⁷¹² *Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier.*

¹⁷¹³ Entretien avec le Docteur Laurier.

¹⁷¹⁴ Entretien avec Madame Mimosa, infirmière.

¹⁷¹⁵ Entretien avec le Docteur Acacia.

évolution au sein du secteur 27. Sous la rubrique "Diagnostics", les groupes de patients pris en charge ont été classés selon diverses catégories. Nous avons comparé les données de 1991, 1994 et 1999 en les rapportant à la valeur de la file active pour chaque période. Globalement, on note une baisse relative des populations cumulées intégrée sous les rubriques "Psychoses schizophréniques", "Psychoses affectives", "Autres psychoses non organiques", "psychoses spécifiques à l'enfance", "états délirants", "états réactionnels aigus", "Schizophrénie" et "troubles délirants". En effet, celle-ci représente 39% de la file active en 1991 et 31% en 1999.

Si l'on cumule les rubriques "troubles dépressifs" et "troubles névrotiques" pour la même période, on peut conclure à une augmentation relative de cette population prise en charge par rapport à la file active globale du secteur (de 27 à 31%). Plus précisément, on note que, en 1990, la catégorie "troubles dépressifs" totalise 5 patients sur une file active de 635 patients, soit 0,8%, tandis qu'elle s'élève à 226 patients sur une file active de 1000 patients en 1999, soit 22,6%. On enregistre donc une hausse relative des cas de troubles dépressifs par rapport aux patients atteints de troubles névrotiques, qui passent dans le même temps de 26,6% à 9,6% de la file active globale. Concernant le retard mental, les troubles de la personnalité, ou les troubles mentaux liés à une atteinte organique, la part relative à la file active est divisée par deux. La comparaison de la valeur affectée aux catégories cumulées de 1991 ("Retard spécifique de développement", "Instabilité et troubles de l'affect spécifique à l'enfance et à l'adolescence", "Troubles de l'adaptation") et de 1999 ("Troubles du développement psychologique", "troubles du comportement ou émotionnels spécifiques à l'enfance ou à l'adolescence") met ainsi en valeur une baisse de cette catégorie de patients de 5% à 2,7% de la file active. Pour la catégorie des troubles liés à la pharmacodépendance, ou à l'alcoolisme, la population double en valeur absolue mais est stable en valeur relative¹⁷¹⁷.

Ces données sont de nature à témoigner du recul des prises en charges de troubles dits psychotiques et névrotiques, par rapport à ceux dits dépressifs. Mais ce qui retient particulièrement notre attention, c'est la création de nouvelles catégories dans les rapports du Département d'Information Médicale. Ainsi, alors que le terme de "comportement" est absent des catégories établies en 1991, il est intégré à trois reprises en 1999 dans les rubriques "Troubles du comportement et de la personnalité", "Troubles du comportement ou émotionnels spécifiques à l'enfance et à l'adolescence", et "Troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool". Une telle modification fournit un bon indicateur de l'accroissement des prises en charge de déviances "comportementales" par les services de psychiatrie du secteur.

En outre, la comptabilisation, nouvelle en 1994, de patients séropositifs traduit l'injonction faite par les pouvoirs publics à la psychiatrie de secteur de prendre en charge médicalement cette population. Leur nombre est en réalité relativement stable en valeur

¹⁷¹⁶ Rapport Fiches Patient, DIM, années 1991 et 1999, Etablissement Public de santé mentale Maison Blanche, secteur 27, Belleville.

¹⁷¹⁷ Elle concerne 30 patients en 1990 sur une file active de 635 patients et 59 patients en 1999 sur une file active de 1000 patients, Rapports Fiche Patient de 1992 et 1999, DIM, EPS Maison Blanche.

absolue entre 1994 et 1999 (autour de 17 patients) mais le nombre de journées correspondant à leur prise en charge est multiplié par quatre¹⁷¹⁸ et les actes accomplis au Centre Médico-Psychologique envers ces patients double dans la même période. Rappelons ici que la file active de patients a doublé dans le secteur 27 en treize ans (618 en 1990 et 1120 en 2003) sans que la population desservie par le secteur ne suive la même évolution, et alors que les ETP médicaux, infirmiers, psychologues et assistants sociaux sont stables¹⁷¹⁹. Le nombre de consultations, de patients vus, ainsi que la densité d'actes par médecin augmente¹⁷²⁰.

Cet ensemble de conclusions éparses appelle deux réflexions. D'une part, l'évolution qualitative de la population prise en charge semble avérée dans le sens d'un élargissement de la pathologie mentale à d'autres catégories. D'autre part, la charge de travail de l'équipe psychiatrique augmente. Le décroisement sanitaire et social que nous avons abordé dans le chapitre sur les réseaux impose que l'on interroge désormais la notion de "souffrance psychique", en nous rapportant à l'usage qu'en font des acteurs différents, amenés à travailler ensemble.

A-2- SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET MALADIE MENTALE, UNE DÉFINITION PAR CHAMP

D'après Didier Fassin, "la santé est une construction culturelle (comme notion) et politique (comme espace) qui ne peut être appréhendée que de manière relationnelle"¹⁷²¹. Nous formulons l'hypothèse que la maladie l'est également. D'après Everett Hughes, au fur et à mesure que la matrice institutionnelle d'un travail accompli pour autrui se complexifie, de plus en plus de catégories de travailleurs interviennent dans la division du travail. Ce n'est alors pas tant le nombre de personnes impliquées qui inquiètent les professionnels que "les divergences de conceptions sur ce qu'est ou devrait être leur travail, sur la nature du mandat donné par le public, sur les possibilités et les moyens d'intervention, ainsi que sur le rôle particulier imparti à chaque catégorie, avec ses responsabilités et gratifications spécifiques"¹⁷²². Hughes nous invite donc à comparer les "philosophies" des

¹⁷¹⁸ 138 journées de prise en charge en 1994 et 588 en 1999.

¹⁷¹⁹ Les ETP médecins et internes sont de l'ordre de 8 dans les années 1990 et jusqu'en 2003, de 3,5 pour les assistantes sociales, de 1,5 pour les psychologues. Le nombre de postes infirmiers et de cadres temps plein vacants depuis plus d'un an est de 5 en 2003. Nous avons déjà évoqué l'augmentation nette de la file active par ETP respectifs (Rapport DIM 1999, secteur 27, pp. 38-40).

¹⁷²⁰ Par exemple, entre 1995 et 1999, le nombre de consultations médicales passe de 5173 à 6693 alors que l'ETP pour le service baisse de 8,65 à 8,05 dans la même période (Rapport DIM 1999, secteur 27, p. 37).

¹⁷²¹ Selon Didier Fassin, c'est en cela que la notion de santé relève d'une interrogation sur le pouvoir. Il localise en l'occurrence les débuts d'une théorie du pouvoir, moins dans les recherches en anthropologie médicale que dans les travaux d'anthropologie sociale, les études sur la magie (Zemléni, Sindzingre, Farizang, Jean Pouillon, Olivier de Sardan, Marc Augé) ou certaines analyses des professions d'après lesquelles la question du pouvoir est constitutive de la profession (Elliot Freidson sur la profession médicale ou Robert Castel sur les spécialistes de la prévention). Didier Fassin, *L'espace politique de la santé, Essai de généalogie*, op. cit., pp. 14-16 et p. 35.

professionnels associés pour une même activité. Nous avons choisi l'usage de l'expression "souffrance psychique" comme entrée possible pour étudier des visions politique, sociale et psychiatrique.

1. Une définition politique : un handicap nécessitant un décloisonnement institutionnel

Il convient de se pencher sur la définition "politique" de la souffrance psychique. Le rapport établi en mars 2002 par le député et maire du XXème arrondissement constitue ici un matériau riche d'enseignements. Il y a deux ans en effet, Michel Charzat, parlementaire en mission, rédige un rapport pour la Ministre Déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées, intitulé "Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques- et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches"¹⁷²³. Ce travail poursuit la réflexion engagée par la CICA XXème dont nous avons déjà parlé. Dans la présentation du Rapport, le "handicap psychique" n'est pas assimilé à une souffrance non pathologique. Ainsi, plusieurs causes sont identifiées : "troubles dépressifs graves, états psychotiques ou névrotiques, états limites, détérioration mentale liée à l'âge, à des intoxications ou à des affections neurologiques"¹⁷²⁴. Pour répondre à ces difficultés, le rapport préconise le développement d'alternatives à l'hospitalisation favorisant l'insertion sociale des malades par une "refondation de la psychiatrie de secteur" passant par la création de centres d'accueil intersectoriels implantés dans les Centres Hospitaliers Généraux, dont la mission serait de "gérer les urgences" en orientant le patient vers "une sortie, un traitement ambulatoire ou dans certains cas une hospitalisation"¹⁷²⁵. Constatant que les recommandations formulées par les grandes associations concernées par les personnes handicapées psychiques, comme l'UNAFAM, la FNAPSY, la Conférence des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissements spécialisées, la Ligue de santé mentale et les Associations Croix Marine, qui ont eu à cœur de distinguer le handicap psychique du handicap mental¹⁷²⁶, n'ont pas reçu de réponses en terme de programme politique, le Rapport Charzat s'appuie sur deux lois de 2002¹⁷²⁷ pour en appeler à une politique du handicap appliquée au personnes souffrant de troubles psychiques.

Le rapport Charzat interroge la notion de handicap en se référant à des travaux

¹⁷²² Everett Hugues, "Social Role and the Division of Labour", in Everett Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis, op. cit.*, p. 67.

¹⁷²³ Rapporteurs : Martine Barrès, Médecin de santé publique, conseillère à la DGAS au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; Marie-France Gouriou, Conseillère de Paris, Déléguée à la vie associatove auprès du maire du 20^{ème}.

¹⁷²⁴ Michel Charzat, député, intitulé "Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques – et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches", Rapport de mission, mars 2002, p. 3.

¹⁷²⁵ Michel Charzat, *op. cit.*, p. 4.

¹⁷²⁶ Il s'agit de préciser que le handicap psychique provoque des situations variables dans le temps imposant des ajustements permanents des soins et des mesures d'accompagnement social, contrairement au handicap mental, marqué par la stabilité.

anciens de l'Organisation Mondiale de la Santé : ce terme désigne tantôt une déficience (correspondant à l'aspect lésionnel), une incapacité (correspondant à l'aspect fonctionnel), tantôt un désavantage social correspondant à une limitation ou une interdiction de "l'accomplissement d'un rôle normal"¹⁷²⁸, temporaire ou permanent. Le Rapport choisit de ne pas dissocier les handicaps du fait de déficiences et ceux liés à un trouble psychique en les englobant sous le terme "handicap psychique". Il s'agit alors pour les auteurs du rapport de lister les troubles psychiques à l'origine de handicaps : psychoses, troubles dépressifs graves, troubles maniaco-dépressifs, troubles obsessionnels et compulsifs graves, phobies, troubles anxieux, autismes et syndromes autistiques, syndromes frontaux, séquelles de traumatismes crâniens et lésions cérébrales, maladies d'Alzheimer et autres démences. Le rapport énonce ensuite les constantes du handicap psychique : à la stigmatisation, la méconnaissance et la crainte de la part de la société, à la fragilité ou la rupture du lien social, s'ajoutent l'imprévisibilité de la personne malade et la variabilité dans le temps du handicap, le poids financier et les effets des traitements et enfin la charge morale et matérielle pour la famille et l'entourage.

Face à ces difficultés, le rapport préconise l'implication des soignants dans le travail des aidants, l'accès gratuit aux soins¹⁷²⁹, le partenariat entre élus et bailleurs sociaux, le développement par les conseils généraux, municipalités et associations de services d'accompagnement à la vie sociale, de clubs, l'insertion dans un milieu ordinaire de travail, la reconnaissance du handicap psychique par la COTOREP, l'élargissement du rôle des tutelles à une mission sociale et éducative. Des formations communes à divers professionnels sur le handicap psychique, l'aide directe aux familles ou le soutien aux associations d'usagers sont autant de recommandations jugées nécessaires à l'amélioration de la situation des handicapés psychiques. Cette présentation exhaustive du Rapport Charzat met en évidence le fait que la politisation de la "souffrance psychique" se traduit par un appel à la reconnaissance du handicap psychique.

Cette reconnaissance se décline notamment par une double exigence. Tout d'abord, sur la reconfiguration de l'offre de soins psychiatriques, les rapporteurs écrivent :

"De petites structures d'accueil et de services de soins ambulatoires au sein de la collectivité, le développement des interventions à domicile et la mobilité d'équipes disponibles à toute heure, l'organisation de l'accueil des patients en urgence et l'offre de soins en réponse aux situations de crise, sont essentiels"¹⁷³⁰

¹⁷²⁷ La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 et la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

¹⁷²⁸ Michel Charzat, "Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques – et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches", *op. cit.*, p. 21.

¹⁷²⁹ La Couverture Maladie Universelle ne permet pas aux personnes bénéficiant de l'Allocation Adulte Handicapé et du Minimum vieillesse d'accéder à la gratuité des soins car le plafond est dépassé d'environ quinze euros.

¹⁷³⁰ Michel Charzat, "Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques – et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches", *op. cit.*, p. 53.

Le rapport constate alors que "cela demandera des moyens adéquats, que de nombreuses équipes de secteur psychiatrique ne possèdent pas actuellement".

En second lieu, la collaboration de la psychiatrie publique avec la médecine de ville et les établissements du champ social et médico-social est considérée comme un facteur déterminant de l'amélioration de la situation des handicapés psychiques. La constitution de "réseaux articulant la psychiatrie et le social", soutenus par les municipalités et les conseils généraux, est définie comme une priorité. Autrement dit d'après le rapport, "la psychiatrie a toute compétence en matière de réadaptation... mais elle ne peut pas et ne doit pas tout faire".

En somme, l'usage politique de la notion de "souffrance psychique" est indissociable de l'incitation aux réseaux de santé mentale. Au niveau ministériel, le terme de souffrance psychique est également utilisé pour désigner la nécessité d'une articulation entre le médical et le social. Ainsi, d'après le compte rendu de la réunion du Comité Consultatif de Santé Mentale du 19 octobre 2001, le Groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale mis en place avec la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Organisation des Soins dans le cadre des protocoles d'accord gouvernement-syndicats recommande "une réponse à la souffrance psychique dans le cadre des prises en charge sanitaires et/ou sociales" et le développement d'un "travail de partenariat entre les professionnels spécialisés (libéraux et salariés) et les intervenants d'autres champs sanitaire, social, médico-social et éducatif"¹⁷³¹.

2. Une définition sociale : étiologie sociale et urgence comportementale

Les entretiens réalisés avec des non professionnels de la psychiatrie dans la ville de Pierre-Bénite nous permettent de saisir la façon dont ils définissent la souffrance psychique et les signes qu'ils y associent. Il s'agissait de nous entretenir avec des professionnels des champs sanitaire, social, éducatif, judiciaire, policier intervenant sur la commune de Pierre-Bénite et accueillant un public.

Toutes les personnes non soignantes que nous avons rencontrées séparent maladie mentale et souffrance psychique. Les "cas psychiatriques" sont très rares d'après eux : ils ne parlent jamais de leur public en termes de pathologie. Ils attribuent à la souffrance psychique une causalité sociale et la plupart du temps, une manifestation comportementale. La souffrance psychique est ainsi appréhendée par ces acteurs comme "un phénomène de rupture du lien social caractéristique d'un processus d'exclusion"¹⁷³². Les acteurs interrogés caractérisent rarement la souffrance psychique elle-même, ou plutôt ils la définissent par sa causalité supposée : elle est considérée comme «la conséquence de problèmes non résolus depuis plusieurs années"¹⁷³³, la résultante de "problèmes de couple, de violence conjugale ou d'alcoolisme"¹⁷³⁴, la "conséquence de

¹⁷³¹ Réunion du Comité consultatif de santé mentale, Groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale mis en place avec la DGS et la DHOS dans le cadre des protocoles d'accord gouvernement-syndicats de mars 2000, 19 octobre 2001, p. 8 (Documents DGS).

¹⁷³² Sandra Philippe, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, op. cit., p. 111.

démarches n'aboutissant pas"¹⁷³⁵. La souffrance psychique est un "mal-être induit par une situation sociale et personnelle difficile"¹⁷³⁶, liée souvent au chômage et à la précarité ("dans tous les cas, c'est un manque de lien social qui entraîne une souffrance psychique ; puis c'est l'engrenage")¹⁷³⁷.

Le directeur d'un Centre de santé nous faisait ainsi part de son expérience de premier adjoint à la mairie :

"Je recevais des gens quand j'étais premier adjoint à la mairie et aussi au centre de santé. La souffrance est liée à une situation de vie professionnelle, familiale ou sociale au sens large. Ce sont les conditions de vie dans les quartiers, la pression de l'environnement, de la misère et le sentiment d'insécurité. Et puis il y a un problème d'éducation des jeunes. On repère ça à la prise de médicaments, le comportement exalté ou amorphe en salle d'attente... C'est pas toujours visible d'emblée car c'est une souffrance cachée. On se sent responsable de sa propre misère psychique, c'est comme quand on est expulsé de son logement, les gens se sentent coupables alors qu'il y a des raisons valables, le chômage, le divorce, la maladie". ¹⁷³⁸.

Le témoignage d'un intervenant social en accueil d'urgence auprès des demandeurs d'asile au foyer Sonacotra identifie quant à lui une cause sociale particulière, compte tenu du public dont il a la charge :

"La souffrance psychique, c'est un problème majeur pour les demandeurs d'asile (...) elle est la résultante de persécutions dans le pays d'origine, et d'une situation d'attente actuelle très angoissante". ¹⁷³⁹.

Le plus souvent, à notre demande de définition, les acteurs répondent par une série de signes comportementaux allant de l'épanchement¹⁷⁴⁰ à la violence : "comportement dans un groupe, conduites addictives"¹⁷⁴¹, "difficulté à rentrer en relation"¹⁷⁴², "dangerosité"¹⁷⁴³,

¹⁷³³ Entretien avec Madame Sauge, agent de développement social.

¹⁷³⁴ Entretien avec Madame Rhubarbe, animatrice à la Maison de Quartier.

¹⁷³⁵ Entretien avec Monsieur Genêt, conseil communal de prévention de la délinquance.

¹⁷³⁶ Entretien avec Madame Fougère, agent de médiation et de vie sociale au foyer Sonacotra.

¹⁷³⁷ Entretien avec Monsieur Camomille, chef du service de la police municipale.

¹⁷³⁸ **Entretien avec Monsieur Tamaris, directeur d'un centre de santé.**

¹⁷³⁹ **Selon Monsieur Gui, travailleur social en foyer Sonacotra, il existe des pathologies spécifiques aux demandeurs d'asile.**

¹⁷⁴⁰ "C'est quand il y a un grand besoin de se confier", Madame Aneth, Présidente du Secours Populaire.

¹⁷⁴¹ Entretien avec Madame Rhubarbe, animatrice à la Maison de Quartier.

¹⁷⁴² Entretien avec Monsieur Valériane, éducateur PJJ.

"modification du comportement"¹⁷⁴⁴, "incohérence des propos, abus d'addictifs, incivilités"¹⁷⁴⁵, "alcoolisme, confidences, problème d'adresse ou de paiement, volubilité"¹⁷⁴⁶. Une ajointe administrative à la mairie les «repèrent" parce qu'ils sont violents ou qu'ils "parlent tout bas" et "s'épanchent"¹⁷⁴⁷. Le premier adjoint au maire de Pierre-Bénite avoue être rarement confronté à des cas de souffrance psychique "sauf pour les cas d'alcoolisme dans les soirées", essentiellement car «ceux qui sont en souffrance ne nous sollicitent pas, à part les plus instruits et les plus débrouillards"¹⁷⁴⁸. Un gardien de police municipale, associe la souffrance psychique à une situation sociale ("plus de repère", "chômage", "isolement"), et ses signes à la violence ("dégradation, vociférations, interpellations"). Elle illustre son propos l'exemple suivant :

"Une vieille dame a cassé 680 rétroviseurs en 3 mois. On l'a arrêtée en flagrant délit et elle nous a expliqué que le rétroviseur était méchant. C'est une dame isolée assez fortunée qui est allée jusqu'à commettre un attentat à la pudeur à la médiathèque. Depuis, elle a vu un médecin et s'est mise à participer à un groupe de parole. Elle ne pose plus de problème maintenant". ¹⁷⁴⁹

La signalisation comportementale d'un problème psychique est récurrente, comme le suggère le témoignage d'une directrice de la Maison de la Jeunesse et de la Culture :

"Chez les enfants c'est la colère, la tristesse, parfois des agressions verbales contre les autres, la famille ou les animateurs ou le fait de se poser en victime et chez les adultes c'est plutôt l'alcoolisme ou un tempérament excessif" ¹⁷⁵⁰ .

Le responsable du service enfance et jeunesse, identifie quant à lui la souffrance psychique de certains enfants à des troubles du comportement ("violence sur d'autres enfants") et un besoin démesuré d'affection vis-à-vis de personnes adultes¹⁷⁵¹. Plus rarement, c'est la disproportion entre la réalité d'un problème et sa résolution, qui constitue le signe d'une souffrance psychique¹⁷⁵² : la démotivation alerte le professionnel.

¹⁷⁴³ Entretien avec Monsieur Camomille, chef du service de la police municipale.

¹⁷⁴⁴ Entretien avec Madame Méléze, assistante sociale au collège.

¹⁷⁴⁵ Entretien avec Monsieur Genêt, conseil communal de prévention de la délinquance.

¹⁷⁴⁶ Entretien avec Madame Verveine, Secrétaire médicale au Centre de santé Benoît Frachon.

¹⁷⁴⁷ Entretien avec Madame Luzule, adjoint administratif à la mairie.

¹⁷⁴⁸ Entretien avec Monsieur Airelle, 1^{er} adjoint au maire de Pierre-Bénite.

¹⁷⁴⁹ ***Entretien avec Madame Cresson, gardien de police municipale,.***

¹⁷⁵⁰ ***Entretien avec Madame Ancolie, directrice de la MJC. Madame Giroflée, animatrice à la MJC, confirme cette impression : "pour les adultes, ça passe par réactions démesurées, un besoin excessif de parler, une dévalorisation de soi (...) pour les enfants, on s'en rend compte quand ils posent des questions dépassant le cadre de l'activité, ou qu'ils ont des réflexions ou des attitudes agressives (...) d'autres enfants sont en retrait",.***

¹⁷⁵¹ Entretien avec Monsieur Cyprès, responsable du service Enfance et Jeunesse de Pierre-Bénite.

La difficulté à construire un projet et la mise en échec, est un signe fréquent pour les assistantes sociales ou le personnel de la mission locale¹⁷⁵³. Dans de rares cas, la souffrance psychique est associée à des signes physiques ou à une prise de médicaments. Le médecin généraliste au centre de santé, insiste ainsi sur le lien entre troubles somatiques et psychiques, tout en séparant bien les cas dont elle parle de la maladie "mentale" :

"La fatigue, le mal de tête ou de ventre, une douleur diffuse, souvent dus à un mauvais sommeil. L'orientation devient psychologique dans l'entretien. Ils parlent de leur mal être, de leurs problèmes, de leurs soucis, d'une anxiété, d'un étouffement, un serrement de gorge... Je réponds par l'écoute et je l'oriente vers un psychologue qui est plus à même d'orienter et de soigner. Ce n'est pas de la maladie mentale."¹⁷⁵⁴

La formatrice de l'association d'alphabétisation l'ALPES¹⁷⁵⁵ identifie également des signes physiques ("trouble du sommeil ou alimentation perturbée") ou une attitude générale ("renfermement", "agressivité").

Globalement, la souffrance psychique est jugée distincte de la maladie mentale, elle est associée à la précarité sociale. Un article récent de Maryse Bresson intitulé "Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence" tente de déconstruire le postulat sur lequel se fonde le Rapport Lazarus. Maryse Bresson invite à interroger les biais de différentes enquêtes américaines et françaises, compte tenu de leur protocole¹⁷⁵⁶. Maryse Bresson a alors choisi de travailler à partir des données socio-professionnelles de

¹⁷⁵² Entretien avec Madame Méléze, assistante sociale au collège.

¹⁷⁵³ Entretien avec Madame Roseau, assistante sociale à la Maison du Développement. Madame Sorbier, assistante sociale à la Mission locale d'Oullins, nous fit la réponse suivante : "La définition de la souffrance psychique recouvre des réalités diverses allant d'un état durable chronique pour de multiples raisons à un passage à vide dû à des difficultés provisoires. On la repère lorsque la gestion de la vie quotidienne et des relations personnelles est de plus en plus difficile. La limite extrême, c'est l'état psychiatrique. C'est l'incapacité à faire des démarches : les obstacles prennent une valeur totalement disproportionnée. Beaucoup de jeunes pleurent, ils ont de lourds passifs familiaux. Ça peut aller d'un état hyper-agressif à un état hyperlymphatique. C'est parfois un problème de génération pour ceux qui sont entre deux cultures". Razika Sorbier, Mission locale.

¹⁷⁵⁴ ***Entretien avec Docteur Tilleul, médecin généraliste au Centre de santé.***

¹⁷⁵⁵ L'ALPES est une association dispensant des cours de français aux populations immigrées.

¹⁷⁵⁶ En 1998, une enquête réalisée à Lille à partir de 270 dossiers de sans-abri fréquentant des structures d'hébergement, menée par I. Gusdon et J-L. Roelandt débouche sur deux thèses concurrentes : soit les sans-abri se caractérisent par une forte prévalence des troubles mentaux, soit le questionnaire standardisé constitue un biais pour l'enquête pour une "population limitée". En effet, la situation sociale particulière des sans-abris rend absurdes voire indécentes certaines questions standardisées du questionnaire ("Vous fatiguez-vous facilement ?" ou "dormez-vous correctement ?"). D'autre part, une étude menée à Paris par Viviane Kovess intègre à l'analyse l'usage de drogues ou d'alcool et conclue à la difficulté pour les psychiatres de valider des instruments pour évaluer la santé mentale des sans-domicile. Une enquête INSEE de 2001 demandait aux personnes fréquentant des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds de déclarer leur propres troubles mentaux ou états dépressifs : cet auto-diagnostic n'est pas sans biais pour Maryse Bresson (*Cahiers Internationaux de sociologie*, Volume CXV, 2003, pp. 316-317).

deux secteurs psychiatriques pour élargir la question des sans-domicile à celle des précaires (situation socio-professionnelle). Concluant à la sur-représentation des précaires dans la file active des deux secteurs, Maryse Bresson relativise aussitôt cette donnée par une analyse des biais de l'étude : les classes d'âge de 25 à 54 ans sont sur-représentées dans la file active et l'offre de soins psychiatriques concernent ceux qui n'ont pas les moyens de consulter dans le libéral. Par conséquent, "la sur-représentation des précaires dans la file active des secteurs de psychiatrie publique pourrait être un effet de l'offre de soins, plutôt que de la demande"¹⁷⁵⁷.

La seconde conclusion, au vu de la répartition des diagnostics en fonction de la catégorie d'appartenance (précaire/travailleurs en milieu ordinaire) conduit à inverser le lien entre la dépression et la précarité. La fausse évidence entre trouble psychologique et précarité invite donc à interroger la constructions sociale de catégories. L'opposition entre la définition de la santé mentale donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé reprise constamment dans les programmes et déclarations politiques et la définition scientifique correspondant à l'absence de maladie psychiatrique, est à comprendre comme un enjeu "majeur des relations entre professionnels du soin et professionnels de la prise en charge sociale"¹⁷⁵⁸. Par analogie, nous allons voir que la représentation psychiatrique du lien entre souffrance psychique et précarité sociale est le produit de la répartition de territoires et compétences entre différentes institutions.

3. Une définition psychiatrique : outil de destigmatisation ou de dépolitisation du social ?

La souffrance psychique n'est jamais définie strictement par les soignants comme une catégorie de pathologie mentale. Ainsi, pour ce jeune psychiatre, "on peut souffrir de mille façons sans être malade"¹⁷⁵⁹. La souffrance psychique serait "ce qui définit l'homme"¹⁷⁶⁰. Au maximum, elle peut désigner tout ce qui accompagne des pathologies mentales, ses conséquences et ses facteurs déclenchants, mais aussi constituer une catégorie englobante des maladies mentales ("ça va de la dépression réactionnelle aux grandes maladies délirantes comme la schizophrénie")¹⁷⁶¹. Au minimum, on explique que c'est le nouveau terme pour désigner la dépression¹⁷⁶².

Les praticiens rencontrés nous ont livré leur interprétation de l'usage émergent de l'expression "souffrance psychique". Sur l'usage qu'ils en font eux-mêmes, on remarque

¹⁷⁵⁷ Maryse Bresson, *ibid*, p. 320.

¹⁷⁵⁸ *ibid*, p. 323.

¹⁷⁵⁹ Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁷⁶⁰ Entretien avec le Docteur Achillée.

¹⁷⁶¹ Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé.

¹⁷⁶² "ce n'est pas une pathologie nouvelle. Avant, on parlait de dépression", Docteur Armoise.

que c'est une expression servant à destigmatiser la pathologie aux yeux du patient. Ainsi, une psychiatre nous a fait part de l'utilité d'une telle expression dans le dialogue avec le malade :

"J'aime bien ce terme de souffrance psychique car les psychiatres français sont frileux pour dire les choses dans le diagnostic. Moi, j'essaie toujours de tempérer, de parler de psychose plutôt que de schizophrénie. Alors je dis la "souffrance psychique" : comme c'est très douloureux alors j'atténue. On peut dire ce terme avec empathie" ¹⁷⁶³ .

Le terme de souffrance est alors "une façon de ne pas dire les choses" trop abruptement ; il désigne donc un outil "plus pour destigmatiser que pour créer une nouvelle catégorie"¹⁷⁶⁴. L'idée que la souffrance psychique correspond à une "réactualisation ou un regard plus social, plus actuel et plus clément sur la maladie mentale"¹⁷⁶⁵ est partagée par le personnel soignant, médical ou infirmier. Il est perçu comme le signe d'une évolution positive du regard social sur la folie¹⁷⁶⁶. Cette évolution correspondrait en pratique à la banalisation de la demande de soins ("Les gens reconnaissent leur souffrance et viennent se faire aider")¹⁷⁶⁷. La multiplication des sollicitations par une population en souffrance se traduirait dans les discours par le statut différent qui est donné au trouble mental, et cela, l'équipe soignante a plutôt tendance à s'en réjouir. Il n'est pas question de nier la maladie mentale ("ça existe bien")¹⁷⁶⁸ mais d'utiliser un vocable qui ne "fige pas les choses".¹⁷⁶⁹

En outre, si le regard sur la folie change, il va de paire avec une destigmatisation de la psychiatrie elle-même. Reconnaître que l'équipe soignante s'occupe de "souffrance psychique", c'est destigmatiser sa mission, la désolidariser de l'idée asilaire de protection de l'ordre social, de mise à l'écart de la déviance¹⁷⁷⁰. Ainsi, pour un jeune psychiatre, la souffrance psychique, "ça me parle bien et ça resitue notre raison de travailler"¹⁷⁷¹ ; pour la psychologue du même service, la souffrance psychique a toujours existé mais on en parle enfin¹⁷⁷².

¹⁷⁶³ *Entretien avec le Docteur Bardane.*

¹⁷⁶⁴ Entretien avec le Docteur Achillée.

¹⁷⁶⁵ Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁷⁶⁶ "Les prises en charge de la souffrance psychique sont plus banalisées. Avant, dès qu'on parlait de psychiatrie, les personnes avaient une réticence à ce niveau-là", Monsieur Romarin, infirmier.

¹⁷⁶⁷ Entretien avec Monsieur Liseron, infirmier.

¹⁷⁶⁸ Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

¹⁷⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁷⁰ "On les considère moins comme des parias mais comme des gens dans une interaction entre eux, la famille et la société", Docteur Acacia.

¹⁷⁷¹ Entretien avec le Docteur Laurier.

Autrement dit l'emploi de l'expression "souffrance psychique" destigmatise le monde psychiatrique : vis-à-vis du social, le psychotique était conflictuel alors que la souffrance psychique crée des liens. Elle ouvre la voie à un langage commun avec des acteurs non sanitaires ; elle est donc conçue comme un outil de décloisonnement des institutions. Le Docteur Faim-Donabédian nous indiquait ainsi que l'expression en question était à la fois le signe et l'instrument d'un dialogue s'instaurant avec les associations d'usagers :

"L'attitude de l'UNAFAM a changé : avant tout venait des psychiatres qui ne faisaient pas leur travail. Je vais à pas mal de leurs congrès et je vois bien que leur discours a changé. On partage le vécu des proches et on est moins dans l'accusation" ¹⁷⁷³ .

Toutefois, dans le même temps, les psychiatres dénoncent la dépolitisation d'un problème social, par sa médicalisation. Nous pouvons reconstruire cette critique en plusieurs étapes. Tout d'abord, la "souffrance psychique" est associée à un trouble possédant une forte composante sociale. Les membres du personnel du Centre Médico-Psychologique utilisant ce vocable évoquent systématiquement la population spécifiquement précarisée présente sur le secteur géographique :

"Ca a toujours existé. Ca rejoint la nouvelle population à laquelle on a à faire. On est dans l'est parisien alors ce ne sont pas des gens particulièrement favorisés ; il y a beaucoup d'immigration. On a pas mal de foyers. Il y a 20 ans, on avait beaucoup de personnes âgées". ¹⁷⁷⁴

L'expression "souffrance psychique" surgit alors sans sollicitation de notre part lorsque la question du lien entre les acteurs psychiatriques et le Conseil général ou la municipalité est l'objet de la discussion :

"Nous essayons de créer un environnement porteur pour le mieux être des personnes en souffrance psychique dans le domaine social avec la municipalité, les associations et le département face à une demande à cause de conduite d'échecs". ¹⁷⁷⁵

Puisque la souffrance psychique est associée à des troubles à forte composante sociale, il semble naturel que l'équipe soignante se pense comme partenaire des intervenants du social : «on touche clairement à des domaines où l'on ne peut pas être seuls, quand on rentre dans le champ social»¹⁷⁷⁶, déclare ainsi un chef de service. L'appel à des compétences extérieures fonctionne d'ailleurs dans les deux sens entre le champ soignant et les autres champs. Les acteurs de la souffrance psychique intègrent donc d'après des psychiatres les intervenants extérieurs à la psychiatrie («La souffrance

¹⁷⁷² "La souffrance psychique ? mais il y a toujours eu de la souffrance mais c'est bien qu'on en parle, que l'on dise que c'est psychique", Madame Luzerne, psychologue.

¹⁷⁷³ *Entretien avec le Docteur Armoise.*

¹⁷⁷⁴ *Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier.*

¹⁷⁷⁵ *Entretien avec Madame Eglantier, assistante sociale.*

¹⁷⁷⁶ Entretien avec le Docteur Safran.

psychique? On a l'impression qu'on est dans un système où nous sommes sollicités par des intervenants extérieurs») ¹⁷⁷⁷. La reconnaissance de la composante sociale de la souffrance psychique pose toutefois un problème aux praticiens. En effet, elle exige une distinction entre problème social et maladie mentale, présidant à une clarification des différents champs d'action de chaque professionnel impliqué dans la trajectoire d'une personne.

Le maintien d'une compréhension de psychiste impose alors de refuser la caricature consistant à réduire la cause de toute pathologie à un contexte social :

"Le cliché, c'est qu'on perd son travail, sa maison, ... et on tombe dans la folie. Oui mais ce n'est pas suffisant pour expliquer la souffrance psychique, rentrée dans le vocabulaire politique. La précarité, ça a toujours existé. Avant le RMI par exemple." ¹⁷⁷⁸

Si le pouvoir de nommer les maladies psychiatriques fonde la compétence même du psychiatre, celui-ci s'autorise à dénoncer ce qui est perçu comme un empiètement sur son domaine d'action légitime. Du coup, la critique de l'usage politique de la notion de "souffrance psychique" fonctionne dans les propos de l'équipe psychiatrique comme un jugement critique à l'égard du politique : si les élus reconnaissent la dimension sociale de la souffrance psychique ¹⁷⁷⁹, à charge pour eux d'agir sur cette dimension sociale puisque la clinique ne peut pas "tout englober" ¹⁷⁸⁰. Psychiatriser la souffrance psychique reviendrait donc à dépolitiser un problème social :

"La crainte Mais est-ce qu'on peut mieux soigner la souffrance psychique que la maladie mentale ? Il ne faut pas psychiatriser le social, comme à l'ORSPERE. le maire veut que l'on soigne la violence sociale en ZUP. C'est politique la misère sociale ; après on peut rien faire" ¹⁷⁸¹ ,

"A Paris, on demande aux psychiatres de s'occuper des exclus. Mais la psychiatrie doit avoir des limites. Oui, on peut les soigner de ce qu'ils sont soignables on peut lui donner envie de continuer mais si on peut juste lui proposer une chambre en foyer d'urgence...Il y a une différence entre le fait de ne pas s'y intéresser et le fait que l'on ne puisse pas le faire. [...] L'exclusion n'est pas un problème psychiatrique. On peut pas discuter avec le politique et infléchir ça. Alors on se fait coller des trucs sur le dos, on râle et on courbe un peu plus l'échine. Idem pour le problème des prisons. On n'est pas dans le champ politique". ¹⁷⁸²

¹⁷⁷⁷ Entretien avec le Docteur Bleuet.

¹⁷⁷⁸ *Ibid.*

¹⁷⁷⁹ L'expression est ainsi employée en 2003 dans le premier forum de santé en 2000, à Lyon organisé par les services publics locaux, la mairie de Rillieux et la mairie centrale lyonnaise.

¹⁷⁸⁰ Entretien avec le Docteur Achillée.

¹⁷⁸¹ *Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.*

¹⁷⁸² Entretien avec le Docteur Safran.

Une telle représentation explique que les personnes repérées par les travailleurs sociaux comme ayant un problème psychique soient considérées comme des cas pathologiques par les institutions d'assistance, et comme des cas sociaux par les institutions psychiatriques¹⁷⁸³.

Aussi, l'usage de la «souffrance psychique» dans les discours politiques est interprété par les psychiatres comme un moyen de normaliser une souffrance psychique de plus en plus visible, qui renvoie chacun à sa propre folie («le paradoxe, c'est que si on sent quelque chose d'envahissant, on essaie de le contenir et d'y mettre le mot normal»)¹⁷⁸⁴.

La définition psychiatrique de la "souffrance psychique" est donc ambivalente. Tantôt l'on se réjouit d'une complémentarité à construire avec des acteurs non sanitaires, soutenues par un discours politique cherchant à destigmatiser les signes de la folie ; tantôt l'on dénonce une médicalisation de problèmes sociaux débouchant sur un évitement du politique.

B- Une résistance psychiatrique ambivalente

La crise manifeste d'identité s'enracine dans la division entre une culture moribonde et une culture qui se construit ailleurs en trouvant d'autres lieux à même d'instituer un nouveau rapport entre le monde psychiatrique et la société globale. Une telle situation affecte tout autant le rapport au savoir possédé que le rapport à la société dans laquelle il est dispensé. La définition des corps intermédiaires de Durkheim s'intégrera dans l'hypothèse de Hugues : en fait, la culture professionnelle, c'est ce qui permet la non extériorité des membres d'une profession tant à son savoir qu'à la société dans laquelle ils s'inscrivent.

L'interpellation du psychiatre dans le champ social interroge la fonction normative du psychiatre (plan éthique) et la constitution de son savoir de référence (plan clinique) dans le même temps. Dans le premier volet de ce développement, nous nous efforcerons de mettre en valeur la tension identitaire persistante entre la défense d'une psychiatrie de secteur artisan du social et le statut médical d'une psychiatrie désireuse de rester tiers du social. Dans un second temps, la mise en valeur de l'émergence d'une théorie de la pratique au service de "nouvelles pathologies" sera l'occasion d'éprouver les solutions proposées par les psychiatres de secteur pour retrouver la non extériorité des membres de leur segment professionnel tant à leur savoir qu'à la société dans laquelle ils s'inscrivent.

¹⁷⁸³ Catherine Martin Le Ray, "la psychiatrie et l'articulation sanitaire-sociale en santé mentale", in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué(dir), *La santé mentale des français, op. cit.*, p. 196). Georges Lantéri-Laura note à ce sujet un paradoxe "la même idéologie remet en cause la licéité d'observer et de traiter des malades névrotiques ou psychotiques, mais requiert des psychiatres de s'occuper des conseils conjugaux, des adoptions, des divorces et du *debriefing*, sans se demander d'où viendrait pareille compétence" (Georges Lantéri-Laura, remarques sur l'exposé de Pauline Rhenter "Du secteur au réseau : quelle identité pour le psychiatre?", Journées d'études "Les cultures professionnelles en psychiatrie", MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 12 avril 2003).

¹⁷⁸⁴ Entretien avec le Docteur Bleuet.

B-1- LA TENSION ENTRE MISSION SOCIALE ET MISSION SOIGNANTE

La tension entre la mission soignante et la mission sociale de la psychiatrie publique est ancienne. Ainsi, aux Journées psychiatriques de 1966, les médecins des hôpitaux tombent d'accord sur l'idée que l'action d'une "équipe psychiatrique qui se veut responsable de la santé mentale d'une certain territoire" doit se situer "au niveau d'une certaine action sur les structures sociales"¹⁷⁸⁵. Aujourd'hui, le malaise identitaire ne se traduit pas par un refus de faire évoluer le contexte de travail du psychiatre. Pour preuve, il s'est déjà modifié en intégrant ce que nous avons appelé une nouvelle «théorie de la pratique» visant à répondre aux pathologies à forte intrication sociale.

1. Le malaise identitaire

Le Professeur Bailly-Salin indiquait en 1966 que la présence d'un psychiatre dans un sanatorium en tant que consultant individuel devait peu à peu se traduire par une meilleure information et une meilleure formation des éléments pivots du sanatorium. Il pointait alors les risques d'un surcroît de travail d'une part, et d'une extension immodérée de la mission sociale de la psychiatrie¹⁷⁸⁶.

Actuellement, selon de nombreux psychiatres de secteur, les nouvelles demandes adressées à la psychiatrie venant de "populations en souffrance psychique mais ne correspondant pas à une psychiatrie lourde"¹⁷⁸⁷ ou les nouvelles missions assignées par le politique ont entraîné l'élargissement d'une pratique centrée traditionnellement sur le traitement des psychoses. Ce dernier est vécu comme une remise en cause de la spécificité de la prise en charge :

"Il y avait une spécificité plus importante car on était beaucoup plus dans la prise en charge des psychotiques au long cours. Aujourd'hui, notre pratique a dû s'élargir. Avant, au CMP on voyait très peu de patients en dehors des psychotiques"¹⁷⁸⁸.

Un changement s'amorce plus quant à «l'évolution des populations dont on doit s'occuper» qu'«au niveau de la pratique quotidienne» d'après un chef de service¹⁷⁸⁹. Un infirmier de secteur lyonnais signalait également "les pathologies n'ont pas changé" mais que l'on a «plus de problèmes sociaux maintenant" :

¹⁷⁸⁵ www.eg-psychiatrie.com

¹⁷⁸⁶ Sur le premier point, Henri Ey déclarait : "Si nous nous présentons comme l'opinion publique représente le psychiatre, c'est-à-dire un homme qui doit venir en aide à tous les conflits, à toutes les situations malheureuses de l'humanité [...] à tous les problèmes politiques, si cette extension est voulue par nous comme par l'opinion publique, nous sommes très mal fondés à défendre une organisation médicale de la psychiatrie" (Henri Ey, *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, tome II, 1966, p. 257).

¹⁷⁸⁷ Entretien avec le Docteur Safran.

¹⁷⁸⁸ **Entretien avec le Docteur Armoise.**

¹⁷⁸⁹ Entretien avec le Docteur Safran.

"Encore plus de demandes sociales dans ce quartier... beaucoup de misère, alors parfois on accroche certaines personnes mais sinon, on les voit une ou deux fois...D'autres s'accrochent aux soins. On a toujours les psychoses mais plus de demandes au niveau social". ¹⁷⁹⁰

Le décloisonnement entre champ sanitaire et social revient pour de nombreux psychiatres à remettre en cause la curabilité de la pathologie mentale, et avec elle, son aspect médical¹⁷⁹¹ et ses catégories nosographiques relativement fixées. Dans l'après-guerre, un certain usage de l'asile fut critiqué ; dans les années 1970, un certain usage du secteur fut remis en cause. Aujourd'hui, resurgit une critique du même genre que celle formulée à l'encontre des anti-psychiatries des années 1960. On retrouve en effet les traits d'une défense des soins aux malades mentaux telle qu'elle fut énoncée au moment de l'adoption de la loi de 1975 sur l'assistance aux personnes handicapées¹⁷⁹².

Alors que la politique actuelle affiche sa volonté de baisser le nombre de lits d'hospitalisation pour un basculement d'un nombre croissant de patients vers des structures sociales et médico-sociales, la crainte d'une relégation sociale excluant toute perspective thérapeutique est en effet l'objet de nombreux articles, ouvrages, déclarations, ou confidences.

On redoute l'absorption de la psychiatrie dans le social, conjuguant en terme de clinique "une psychiatisation du social" (qualification psychique de nouvelles pathologies sociales) et en terme de pratique une sollicitation inopportune du psychiatre pour ce qui relève du traitement social uniquement¹⁷⁹³. La dissolution administrative de la maladie mentale dans le handicap est vécue comme "la reconstitution du fantôme de l'asile d'autrefois dans les institutions médico-sociales"¹⁷⁹⁴ tandis que dans le secteur médico-social, la crainte se développe des effets non maîtrisés d'une migration de malades mentaux. Claude Louzoun pointe le risque constitué par la "disparition de la capacité soignante au profit d'institutions de gardiennage et de surveillance"¹⁷⁹⁵ ; Pierre

¹⁷⁹⁰ *Entretien avec Monsieur Liseron, infirmier.*

¹⁷⁹¹ Thierry Bougerol "La psychiatrie, une discipline médicale", *Rhizome "La psychiatrie publique en question"*, ORSPERE, avril 2002, n°8, p. 3.

¹⁷⁹² Le Syndicat des Psychiatres Français souhaitait alors l'inscription dans la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, d'un Droit au soin qui ne saurait être confondu avec une prise en charge éducative et sociale, Catherine Martin Le Ray, "la psychiatrie et l'articulation sanitaire-sociale en santé mentale", in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué (dir), *La santé mentale des français, op. cit.*, p. 190.

¹⁷⁹³ C'est ce que Pierre Delion appelle la réduction du rôle du psychiatre à la fonction d'adresseur, *Rhizome, "La psychiatrie publique en question"*, ORSPERE, avril 2002, n°8, p. 5.

¹⁷⁹⁴ Marcel Jaeger, "L'articulation du sanitaire, du médico-social et du social", in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué (dir), *La santé mentale des français, op. cit.*, p. 339.

¹⁷⁹⁵ Claude Louzoun, "Les Psychiatries", séminaire de recherche "Les cultures professionnelles en psychiatrie, MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 22 mars 2002.

Lamothe, Psychiatre des Hôpitaux, évoque en préalable aux Etats Généraux de 2003, sa crainte d'une relégation des "malades "ingrats" ou -un comble !- "désespérés"" dans les Maisons Accueil Spécialisées, les prisons, ou le secteur associatif¹⁷⁹⁶. Le risque d'abandon des malades qui ne guérissent pas, nécessite d'après ce psychiatre de mesurer conjointement les résultats de l'action psychiatrique et ceux d'autres institutions : puisque la psychiatrie hérite en bout de chaîne d'individus au parcours très lourd ; elle exige donc que l'on évalue aussi les institutions qui lui ont "passé" le patient¹⁷⁹⁷.

Dans le même temps, les effets conjugués de la pénurie de psychiatres dans le service public et de la "déhospitalisation", rendant plus criant le besoin de structures alternatives à l'hospitalisation, expliquent la démedicalisation des structures sociales¹⁷⁹⁸. Le Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie déplore ainsi que les incitations réglementaires ne permettent pas une "re-médicalisation nécessaire des institutions médico-sociales"¹⁷⁹⁹ tout en appelant au développement des unités de vie tant souhaitées par les associations d'usagers. Le Rapport Kovess, Cléry-Melin, Pascal de septembre 2003 montre en la matière que les flux entre le médico-social et les établissements psychiatriques sont bidirectionnels, c'est-à-dire que chaque année, de nombreux patients quittent l'hôpital vers le médico-social mais qu'inversement des personnes du médico-social se retrouvent à l'hôpital, en particulier celles qui étaient antérieurement en établissement pour enfants handicapés. Un nombre non négligeable de personnes adultes, qui avaient été adressées dans le médico-social, doivent être ré-hospitalisées, «cet univers n'étant pas adapté à leurs besoins»¹⁸⁰⁰. Les ordonnances d'avril 1996 ont tenté de fournir les moyens de remédier au risque de démedicalisation de l'assistance puisqu'elles ouvrent une nouvelle voie en permettant aux établissements de santé publics et privés de créer et de gérer directement tout établissement, service social ou

¹⁷⁹⁶ Pierre Lamothe est psychiatre des hôpitaux, Médecin Légiste, Médecin chef du Service Médico-Psychologique Régional de Lyon, Expert agréé près la Cour de Cassation, "Loi, morale, éthique et déontologie - Réflexion sur éthique et pratique psychiatrique", annexe 7 aux rapports préalables aux Etats Généraux de la psychiatrie, mai 2003, www.eg-psychiatrie.com

¹⁷⁹⁷ Les Etats Généraux fournissent notamment une occasion d'exiger une évaluation de la Protection de l'Enfance : "Le coût de ce dispositif aux résultats aussi médiocres est impressionnant : 5 milliards d'euros sont consacrés chaque année à la protection de l'enfance sans aucune évaluation des résultats", "De nombreux enfants présentent des troubles psychiques graves (psychopathie, psychose, dépression, instabilité psychomotrice majeure) et devront être pris en charge pendant de nombreuses années par les services de psychiatrie adulte" Maurice Berger, "L'échec de la protection de l'enfance", Annexe 5 du premier rapport préalable aux Etats Généraux, mai 2003, www.eg-psychiatrie.com

¹⁷⁹⁸ Michelle Cadoret, psychiatre responsable d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, pointe ainsi les effets désastreux des prises en charges *exclusivement* socio-éducatives d'enfants et d'adolescents dans des structures associatives qui ne pratiquent pas de soin psychique ; ces mêmes enfants et adolescents sont souvent renvoyés plus tard aux soins du secteur psychiatrique pour des pathologies aggravées ("Les cultures professionnelles en psychiatrie", Journées d'étude, MiRe/DREES., GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 12 avril 2003).

¹⁷⁹⁹ Comité d'action Syndical de la Psychiatrie, "Douze points pour construire l'avenir de la psychiatrie", *op. cit.*

¹⁸⁰⁰ Rapport Kovess, Cléry-Melin, Pascal, *op. cit.*, p. 38.

médico-social¹⁸⁰¹. Pour l'heure, on ne peut encore évaluer les effets de la dite ordonnance.

Dans des discours plus ordinaires, on exprime également la crainte d'une dé-medicalisation de l'assistance :

"On a du mal à connaître nos limites. La querelle est féroce sur : doit-on être des intervenants sociaux ?" ¹⁸⁰², "Le risque serait aujourd'hui d'une phase d'enfermement sous des aspects de libération : la prise en charge médico-sociale dans des conditions sans vrai accès aux soins. Ce néo-aliénisme n'est pas exclu....Le risque de telles structures (lieux de vie) c'est plus de soin. On est presque tenté de construire un hôtel social. Pourquoi pas ? mais ça m'ennuie" ¹⁸⁰³

Les psychiatres de secteur se sentent menacés dans leur identité de soignants non par l'idée de travailler leurs partenaires sociaux mais bien par l'effet conjugué de la fragilisation du secteur et de la multiplication de leurs missions en direction du social :

"La crainte à mettre les psychiatres en réseau, c'est le risque de perdre mon identité" ¹⁸⁰⁴, "On diminue tous les postes. La crainte, c'est qu'avec les partenariats on disparaisse [...] elle (la crise)est négative si elle nous fait disparaître" ¹⁸⁰⁵, "Le réseau, c'est un échange mais il ne faut pas se faire absorber par une autre institution. Par exemple en gérontologie, un psychiatre est présent pour voir les personnes en difficulté dans une maison de retraite mais il y a vite un glissement pour voir tout le monde. L'utilisation de la psychiatrie est donc à travailler dans le cadre du réseau. On fait de l'aide aux aidants aussi mais on n'en finit pas : jusqu'où doit-on aller ? Ca demande du temps car la demande est infinie, beaucoup de réunions... d'où la nécessité d'une juste mesure pour donner ce qu'il y a à donner sans dégoûliner". ¹⁸⁰⁶

Lorsque l'on évoque une éventuelle crise de la psychiatrie, la plupart des psychiatres de secteur font allusion à une crise de moyens, conformément aux discours fédérateurs. Le discours ordinaire reprend trait pour trait la dénonciation d'une précarisation du secteur psychiatrique directement issue des difficultés de recrutement et des réductions budgétaires. Le sentiment d'une crise de moyens ne semble pas en l'occurrence dépendre de la génération à laquelle appartient le psychiatre interrogé, ni de sa position

¹⁸⁰¹ L'article 51 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée crée un nouvel article L.711-2-1 du Code de la Santé Publique ainsi rédigé : "Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et à l'article 46 de la loi n 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées".

¹⁸⁰² Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁸⁰³ Entretien avec le Docteur Safran.

¹⁸⁰⁴ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁸⁰⁵ Entretien avec le Docteur Armoise.

¹⁸⁰⁶ Entretien avec le Docteur Achillée.

dans la hiérarchie (chef de service, titulaire, assistant). En revanche, on remarque que le personnel non médical ne se vit pas en crise «professionnelle» : les psychologues, ou les assistantes sociales s'accordent sur la crise de moyens mais ne se sentent pas du tout menacées dans leur propre profession. Pour la psychologue d'un Centre Médico-Psychologique de la région lyonnaise "au CMP, on ne souffre pas trop d'une crise"¹⁸⁰⁷ ; selon son homologue parisien, on "en entend parler" d'une crise chez les psychiatres¹⁸⁰⁸. On peut expliquer cette position d'abord par le fait que le métier de psychologue n'est pas "menacé" par une pénurie de praticiens dans le service public par rapport au psychiatre. Ensuite, les patients adressés au psychologue sont en général ceux qui sont les moins lourds. Aussi, lorsque les psychiatres du service déplorent leur surcharge de travail, elle est accentuée par le fait qu'ils héritent des patients pour lesquels il est très difficile d'obtenir des résultats satisfaisants au niveau thérapeutique, ce qui est moins le cas pour le psychologue :

«J'ai un peu le 'haut du pavé' d'où le fait que j'aie plus d'espoir et peut-être des résultats qui me renvoient une image plus positive de moi, et de ma pratique".¹⁸⁰⁹

Du côté des infirmiers également, on déplore les effets de la baisse des effectifs mais on s'étonne à l'idée d'une crise généralisée («Une crise de la psychiatrie ? Pourquoi ?»)¹⁸¹⁰ tout en pointant l'incidence néfaste des difficultés de recrutement sur le dynamisme du service :

"La baisse des effectifs a pour conséquence la pauvreté des projets. Or la psychiatrie ne peut vivre que de projets et non de résultats comme un service d'orthopédie"¹⁸¹¹

En outre, la médiatisation d'une certaine psychiatrie accentue l'impression d'une déconnexion entre les contraintes quotidiennes de leur pratique et l'image sécuritaire ou spectaculaire de la maladie mentale :

"Au quotidien, le psychiatre a une aura mais c'est pas la psychiatrie de terrain, ça. C'est dommage pour les patients surtout. Il y a quelque chose qui me frappe : dans la médiatisation de la psychiatrie, je m'y retrouve rarement. Les UMD ou la banalisation... En ce moment, c'est la mode des autistes intelligents !".¹⁸¹²

D'une manière générale, les infirmiers se sentent rarement menacés dans leur identité professionnelle. Lorsque nous avons demandé à l'un des leurs "Qu'est-ce qui fait votre identité d'infirmier psychiatrique?", il nous a répondu : "Je ne me suis jamais posé la question". Cette réponse contient en elle-même un enseignement précieux dans la

¹⁸⁰⁷ Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

¹⁸⁰⁸ Entretien avec Monsieur Pigamon, psychologue.

¹⁸⁰⁹ Entretien avec Monsieur Pigamon, psychologue.

¹⁸¹⁰ Entretien avec Monsieur Onagre, infirmier.

¹⁸¹¹ Ibid.

¹⁸¹² Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier.

mesure où la question de l'identité se pose lorsqu'une menace est vécue à son endroit. Cela signifie pour notre analyse que la référence à l'organisation "secteur" fédère des professions différentes lorsque cette organisation est considérée comme menacée. En revanche, la différence entre les métiers de l'organisation resurgit lorsque les changements touchent le cœur d'une identité construite en référence à la profession. L'évolution de l'organisation de la psychiatrie publique pose donc problème aux psychiatres lorsqu'elle est perçue comme un risque pour ses caractéristiques propres : la diminution de ses effectifs conjuguée à l'extension de compétence des psychiatres conduit logiquement à la crainte d'une disparition du soin psychiatrique au profit de l'assistance sociale.

2. La volonté de mutation

Il convient de relativiser l'unité du malaise identitaire. Ainsi, le discours ordinaire est plutôt centré sur la crise au sens médical de crisis (métamorphose). La crise de moyens, surtout en terme de recrutement, est pointée mais pour le reste, la plupart des psychiatres de secteur que nous avons rencontrés insistent sur un moment d'évolution lié à une société elle-même mouvante. Par exemple, alors que sa position implique la connaissance globale de l'évolution du service, un chef de service nous confiait que :

"Il n'y a pas du tout de crise de la psychiatrie mais il convient qu'elle s'adapte, qu'elle ne dénie pas les nouvelles pathologies et la nécessité du lien social" ¹⁸¹³
"Sinon il y a cet aspect de mutation nécessaire. La psychiatrie peut être garante comme spécialiste du fonctionnement psychique d'une adaptation de la prise en charge et de la société aux nouvelles pathologies et à leurs développements sociologiques" ¹⁸¹⁴ .

La cohésion des équipes soignantes est alors invoquée comme un moyen de répondre aux nouvelles exigences faites au secteur ("les soignants sont encore très motivés et les infirmiers remarquables")¹⁸¹⁵. Parfois, la crise est perçue comme normale ; elle est même valorisée malgré des risques de néo-aliénisme toujours présents :

« J'ai toujours eu l'impression que c'était en crise et c'est peut-être bien que ce soit toujours en crise. La représentation de la maladie mentale reste stigmatisante malgré les efforts continuels. Alors, ça ne peut faire que de la crise. C'est plus une évolution mais ça n'a pas arrêté depuis le départ. Il faut y être attentif" ¹⁸¹⁶ .

L'analogie médicale est même invoquée par certains. En effet, en médecine, la "crisis" désigne alors un changement décisif sans que l'on y adjoigne un jugement défavorable :

"On est dans une période difficile mais toutes les périodes de changement sont des périodes de crise. Mais c'est parfois bénéfique, comme une crise

¹⁸¹³ Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁸¹⁴ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹⁸¹⁵ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁸¹⁶ Entretien avec le Docteur Safran.

d'adolescence. Donc la crise est positive dans les ouvertures". ¹⁸¹⁷

A la marge, certains psychiatres sont lassés d'une soit-disant crise («Ca me gonfle un peu... c'est toujours difficile. Ca l'a été et ça le sera. On fait avec ça alors arrêtons de nous auto-intoxiquer"¹⁸¹⁸). Le point de vue des psychiatres les plus jeunes nous informe à deux titres. D'une part, l'augmentation des demandes faites à la psychiatrie est parfois analysée comme une sorte de "preuve de son succès" : on ne peut donc déduire de cette augmentation une aggravation générale de la souffrance psychique mais bien un progrès de son épidémiologie :

«C'est une question de l'offre et de la demande. Je suis plus sur le plan épidémiologique et clinique qu'institutionnel. [...]Un psychanalyste disait : on repère plus de sévices sexuels sur les enfants mais c'est une preuve de salubrité, le fait qu'on les détecte». ¹⁸¹⁹

D'autre part, une vision désespérée de l'avenir de la psychiatrie publique est presque intenable pour un jeune médecin qui a choisi cette spécialisation en secteur :

«Ca me gêne de dire qu'il y a une crise car je suis désespérément optimiste. Il y a des problèmes mais il y a sûrement des moyens d'y remédier (...) là où il y aurait une crise il n'y aurait rien à faire». ¹⁸²⁰

A la question «partagez-vous le sentiment d'une crise de la psychiatrie?», la réponse paradoxale d'un jeune psychiatre nous fut faite :

"Oui mais pas avec les autres. Parce que depuis que je pratique, on me parle d'une crise. Ce qui nous semble en crise, c'est notre identité». ¹⁸²¹

Ce jeune psychiatre attribue la crise d'identité des psychiatres à une double évolution : d'une part le rattachement de services psychiatriques à l'hôpital général aurait conduit à une certaine "biologisation" de la discipline, et d'autre part, de "nouveaux patients" s'adresseraient au secteur :

"Aujourd'hui, les pathologies sont moins du côté de la pathologie et plus sur la frontière psychiatrique/social : du coup on est avec de nouveaux patients et on n'a plus la même identité. On est plus les mêmes et les patients non plus alors où on est ? Moi je me pose moins la question car je suis jeune. L'ouverture de foyers intra muros dans l'hôpital depuis 6-7 ans montre bien la perméabilité de nos frontières : on va dehors et ils sont dedans. Je trouve ça plutôt intéressant le terme de crise. Un peu passéiste mais on est en train de gagner des pathologies nouvelles, de construire d'autres choses. C'est un changement. En fait, on est passé de quelque chose de clos à autre chose...avant, ici, on n'en sortait pas. Nous mêmes aussi dans la psychose, on a été contaminé [...]. Globalement, on est moins dans le ghetto hôpital psychiatrique : la contrepartie, c'est le déni de

¹⁸¹⁷ Entretien avec le Docteur Armoise.

¹⁸¹⁸ Entretien avec le Docteur Achillée.

¹⁸¹⁹ Entretien avec le Docteur Acacia.

¹⁸²⁰ Ibid.

¹⁸²¹ Entretien avec le Docteur Bleuet.

notre identité et de notre spécificité. Comme si le diabète et la schizophrénie, c'était pareil".¹⁸²²

Le malaise identitaire exprimé ici n'est pas isolé. En effet, dans l'appel de Bondy, Guy Baillon, Psychiatre des hôpitaux, propose de réviser l'idée de rattacher les secteurs de psychiatrie aux hôpitaux généraux au motif que le climat indispensable aux soins médico-chirurgicaux est «l'antithèse des conditions propices à une unité de soin psychiatrique»¹⁸²³ : les services psychiatriques tireraient en définitive peu de bénéficiaires du plateau technique au nom duquel des moyens humains sont souvent soustraits¹⁸²⁴. Ce qui fonde alors la distinction entre la psychiatrie et le modèle somatique, c'est l'exigence d'un certain milieu de soins. La volonté de ne pas réduire l'organisation d'un service psychiatrique au modèle somatique n'est pas nouvelle puisqu'en 1988, les membres de la Commission des Maladies Mentales s'accordaient à penser que l'organisation de l'hôpital général, "encore trop souvent conçue comme principalement vouée à l'hébergement ou organisée selon un modèle médical somatique" avec "des locaux et une organisation des soins centrés autour du lit du malade et de la distribution médicamenteuse" demeurerait inadaptée au "cadre institutionnel"¹⁸²⁵. nécessaire aux soins psychiatriques.

B-2- VERS UNE THÉORIE DE LA PRATIQUE INÉDITES?

¹⁸²² *Ibid.*

¹⁸²³ Jean Guyotat expliquait en 1986 que la psychiatrie biologique se faisait en Hôpital Général car il n'avait pas à supporter le poids de la sectorisation (Jean Guyotat, Compte-rendu de la réunion du 29 juillet 1986 du groupe de travail sur la psychiatrie présidé par le Docteur Zambrowski, p. 5, Documents DGS). L'exigence de ne pas réduire la psychiatrie au modèle somatique se traduit par la volonté d'une organisation spécifique, volonté exprimée en 1988 au sein de la Commission des Maladies Mentales : ainsi, l'hospitalisation, "encore trop souvent conçue comme principalement vouée à l'hébergement ou organisée selon un modèle médical somatique" avec "des locaux et une organisation des soins centrés autour du lit du malade et de la distribution médicamenteuse", est jugée inadaptée aux soins psychiatriques qui demandent un "cadre institutionnel" (personnel, locaux, vie quotidienne) impliquant des unités de capacité réduite, des chambres à capacité diversifiée, des locaux pour une surveillance renforcée pour les patients sous le régime de la loi de 1838 ne nécessitant pas pour autant un placement en UMD, des séjours et lieux diversifiés pour des activités communes, et des espaces individualisés (Compte-rendu de la réunion du groupe 1 de la Commission des Maladies Mentales, 22 novembre 1988, Documents DGS).

¹⁸²⁴ La dotation en personnel des équipes psychiatriques rattachées à l'hôpital général a toujours été d'un à deux tiers inférieure à la moyenne des autres équipes de secteur. En 1986, la Direction des Hôpitaux (Madame Agam-Ferrier), la Direction Générale de la Santé (Madame Barres), l'UNAFAM (Monsieur Gasser) émettent leur volonté de développer la psychiatrie à l'hôpital général. Jean Guyotat, psychiatre hospitalo-universitaire est en désaccord avec le Docteur Reynaud, psychiatre de secteur, qui n'est pas favorable à la mise en place du secteur d'hôpital général (Compte-rendu de la réunion du 30 octobre 1986, sous la présidence du Docteur Zambrowski, sur "l'évolution du système public de santé mentale", Document DGS, p. 6).

¹⁸²⁵ Ce qui fonde la distinction entre la psychiatrie et le modèle somatique, c'est l'exigence d'un certain *milieu* de soins, en termes de personnel, de locaux, et de vie quotidienne, impliquant des unités de capacité réduite, des chambres à capacité diversifiée, des locaux pour une surveillance renforcée pour les patients sous le régime de la loi de 38 ne nécessitant pas pour autant un placement en UMD, des séjours et lieux diversifiés pour des activités communes, et des espaces individualisés (Compte rendu de la réunion du groupe 1 de la Commission des Maladies Mentales, 22 novembre 1988, document DGS).

La critique des anti-psychiatries impliquant un refus de réduire la maladie mentale à ses aspects sociaux : les références psychanalytiques et médicales étaient alors requises pour légitimer la compétence des psychiatres. Le développement du travail de réseau signifie une action des psychiatres de secteur sur le social, social intégrant l'environnement du patient. Mais agir sur la dimension sociale du malade ne clarifie pas le statut fait au social dans l'étiologie de la pathologie : faut-il agir sur le social parce qu'il a favorisé le déclenchement du trouble psychique ? Doit-on le faire en raison de l'obstacle que constitue la stigmatisation au mieux-être du malade ? Une forte intrication entre problèmes sociaux et souffrance psychique implique-t-elle une nouvelle théorie de la pratique psychiatrique ?

Nous avons montré que ce n'était pas tant le travail de réseau qui était jugé préjudiciable par de nombreux psychiatres que la faiblesse de l'institution du secteur conjugué au décloisonnement sanitario-social. Les termes de "nouvelles pathologies" surviennent dans les discours ordinaires à chaque fois qu'il est question de ce décloisonnement. Nous devons donc penser ensemble les effets du travail de réseau et le débat sur les nouvelles pathologies. Ici, nous aurons donc à cœur de restituer les enjeux professionnels de la discussion autour des pathologies que certains qualifient de «sociales» parce que la maladie relève toujours de la nomination¹⁸²⁶. Il apparaît ici utile de saisir le sens accordé à ce qui est désigné par les praticiens comme de "nouvelles pathologies". L'objet de notre analyse se portera alors sur l'aspect de mutation de la culture professionnelle de secteur.

1. Les nouvelles pathologies

Une psychiatre entretenant la plupart des liens du secteur avec les acteurs non médicaux impliqués dans la trajectoire des patients, donc acquise à l'idée de renforcer le travail de réseau du secteur nous a fait part de son indignation à l'occasion du Rapport Piel et Roelandt :

"L'hôpital a été un lieu de reconnaissance de la psychose et de son soin, sans seulement tenir compte du rejet social. Et moi, je m'insurge contre Piel et Roelandt qui démolissent tout ce qu'on a fait ! Mais c'était dans une certaine culture de la psychothérapie institutionnelle : il fallait vivre avec les patients et utiliser tout ce qui était possible pour trouver un moyen de soigner».¹⁸²⁷

Le chef de service du même secteur se désolidarise également du Rapport Piel et Roelandt, mais également du directeur de l'Observatoire de Recherche sur la Souffrance Psychique en rapport avec l'Exclusion au motif qu'ils oublieraient le soin.

"Pour que la psychiatrie soit un partenaire (d'où mon désaccord avec Piel et Roelandt, et même Furtos¹⁸²⁸), il faut qu'elle reste la psychiatrie. Et pour cela, c'est ce qu'on attend de nous qui compte : ils attendent surtout un CMP sans trop

¹⁸²⁶ J-P Olivier de Sardan, 1994, "La logique de la nomination", *Revue Sciences sociales et santé*, XII, 3, 15-45.

¹⁸²⁷ *Entretien avec le Docteur Armoise.*

¹⁸²⁸ *Le Docteur Ajonc fut formé dans le service de Jean Furtos.*

de délais, s'il y a un cas épineux, et que notre tâche primordiale thérapeutique de la maladie mentale soit faite et non de la santé mentale. L'édifice psychiatrique intra et extra doit être pertinent pour que le partenariat se fasse. Si on veut travailler avec d'autres, il faut d'abord être nous-mêmes. Pour partir d'un endroit, il faut y être. C'est le psy par rapport au social"¹⁸²⁹.

Certains oublieraient le travail de soins à force d'être "pour le réseau à tout crin". Autrement dit, le travail de partenariat ne doit pas identifier le soin psychiatrique et le travail social ("on n'est pas les pompiers de service"). Cette dernière remarque nous interpelle dans la mesure où le directeur de l'ORSPERE dans son intervention au séminaire de recherche du Groupe de Recherche en Epistémologie Politique et Historique en 2002 comparait justement l'extension de la mission des psychiatres à celle des pompiers dont la spécificité est certes, de savoir éteindre les incendies mais qui, dans les faits, effectuent d'autres missions. Nous avons demandé à ce psychiatre d'explicitier son propos ; la réponse écrite suivante nous fut faite :

"On ne peut pas dire exactement que le psychiatre voit se réduire la part de sa compétence spécifique : c'est plutôt que sa compétence spécifique est sollicitée dans de nouveaux contextes. Ce qui nécessite une évolution de la théorie de sa pratique. La conséquence en est que tous les psychiatres qui ne veulent pas modifier leur théorie de la pratique en insistant sur une psychiatrie intemporelle, se mettent dans une position de trouble identitaire qui n'est pas excellente à la santé... de notre discipline."

Cette réponse est pour le moins énigmatique dans la mesure où l'on ne sait pas ce qui constitue "l'évolution d'une théorie de la pratique". En outre, Jean Furtos appelle les psychiatres dont la compétence est sollicitée par les gens du social pour mieux porter certains cas difficiles, à "garder leur compréhension spécifique de "psychiste"¹⁸³⁰ mais reconnaît dans le même temps lors d'une journée de travail sur le thème dont le thème des "Problèmes d'identité et partenariat dans le champ de la précarité sociale" que "les psychiatres deviennent, dans une société de service qui propose aux "usagers", "aux clients", des experts et spécialistes pour tout problème technique ou humain", ce qui finit par "remettre en cause leur identité professionnelle"¹⁸³¹. Rapidement, nous nous sommes rendue compte que les mêmes psychiatres qui s'insurgeaient contre Jean Furtos témoignaient d'une nouvelle "théorie de la pratique" adaptée à de "nouvelles pathologies", au sens visé précisément par Jean Furtos. Nous allons nous efforcer d'expliquer une telle découverte.

En 1968, Philippe Koechlin associait au traitement dans la communauté un "changement de symptomatologie du malade"¹⁸³² mettant en valeur le caractère relatif des

¹⁸²⁹ *Entretien avec le Docteur Ajonc.*

¹⁸³⁰ Les psychiatres seraient d'après lui susceptibles d'aller sur les lieux du social sans perdre leur identité (Jean Furtos, texte présenté à la journée "exclusions, addictions, urgences : interdisciplinarité en question", Association ASAIS, 121 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux, octobre 1998).

¹⁸³¹ Jean Furtos, *ibid.*

¹⁸³² *L'information psychiatrique*, volume 44, n° 2, février 1968, p. 132

nosographies, la nécessité pour le psychiatre de découvrir la famille, le milieu sociologique autrement, du dehors. En 2004, Jean Furtos analyse l'émergence de la notion de souffrance psychique comme la résultante de la "société des individus" :

"Il n'y a que dans une société des individus qu'il peut y avoir reconnaissance de la souffrance psychique ; avec certes une ambivalence, une grandeur et une misère de l'individu ; grandeur du côté des droits de l'homme, du côté de la raison, de l'autonomie, mais misère du côté de la possibilité d'atomisation, de la solitude, de la perte possible du socius" ¹⁸³³ .

Il s'interroge sur le lien entre la souffrance psychique et la précarité : la société française est une société précaire en tant qu'elle est marquée par la peur de perdre les objets sociaux au sens d'une "perte du symbolique". La souffrance n'est pas conçue comme pathologique en elle-même puisqu'elle peut s'inscrire dans un "contrat narcissique qui tient", qui permet de rester en lien avec autrui. En revanche, deux autres formes de souffrance psychique, l'une correspondant à un vécu d'une perte irrémédiable dans un contexte de précarité sociale ou non ¹⁸³⁴, l'autre à une absence de vécu de souffrance, à une sorte de mutilation psychique observable cliniquement soit dans le champ de la précarité, soit dans celui de la maladie mentale, soit dans le cas de catastrophes collectives.

Le débat sur l'existence de "nouvelles pathologies" est vif. Il oppose deux types de propositions. Ainsi, d'un côté, on réfute l'existence de ces "nouvelles pathologies" mais précise qu'il y aurait plutôt un changement d'expression en fonction des contextes historiques (la souffrance narcissique est alors typiquement moderne). De l'autre, on considère que l'émergence de "nouvelles pathologies" est l'occasion de "revisiter la clinique en référence à la psycho-dynamique et d'en tirer les outils de lecture spécifiques aux psychistes et ceux qui peuvent être communs avec les acteurs sociaux" ¹⁸³⁵. Le modèle traditionnel selon lequel la maladie mentale entraînerait une rupture des liens sociaux ne semble pas invalidé pour autant mais de nouvelles situations surgissent, dans lesquelles "c'est la rupture des liens sociaux qui est à l'origine de pathologies physiques ou mentales" ¹⁸³⁶.

Le constat, au minimum, de nouvelles "expressions" de la pathologie ou au minimum de "nouvelles pathologies" marquent les représentations ordinaires des psychiatres de secteur. "Les nouvelles pathologies qui s'offrent à nous : tout ça pétrit ma pratique" ¹⁸³⁷, nous confiait un jeune psychiatre. La psychologue du Centre Médico-Psychologique de

¹⁸³³ Jean Furtos, "Desespoir professionnel et bisexualité", *Pratiques en santé mentale, Dossier Souffrances psychiques*, n°1, 2004, p. 23.

¹⁸³⁴ La précarité désigne ici autant celle qui touche les Rmistes, les SDF, les chômeurs, ou "ceux qui ont tout pour être heureux" (Jean Furtos, "Desespoir professionnel et bisexualité", *op. cit.*, p. 24).

¹⁸³⁵ Jean-Pierre Vignat, "Santé mentale, psychiatrie, souffrance psychique", *Rhizome*, n°8, avril 2002, p. 11.

¹⁸³⁶ Philippe Davézies, "Le métier de psychiatre et la précarité", *Rhizome*, n°8, avril 2002, p. 14.

¹⁸³⁷ Entretien avec le Docteur Acacia.

Rillieux-La-Pape, exerçant depuis 1969, pointait l'émergence de pathologies du traumatisme (viol, incestes, agression du contrôleur de bus, etc.) et de pathologies du narcissisme ("avant les gens étaient plus dans la névrose : dans un conflit psychique, des désirs qu'on refoule mais c'est déjà un travail psychique"¹⁸³⁸). Les secondes sont attribuées à la société de consommation ; jugées plus "pauvres au niveau psychique", elles sont identifiées à des "pathologies de l'identité" proprement modernes¹⁸³⁹. A ces pathologies, la psychologue du Centres Médico-Psychologique ajoute les "états limites" touchant des personnes très fragiles, parfois toxicomanes ou alcooliques. Une psychiatre du même service réfutait même le diagnostic de "nouvelle population" : elle préférait parler "d'authentiques pathologies", marquées par l'agir, "le passage à l'acte" tout en constatant un changement notable en terme de "difficulté d'insertion professionnelle"¹⁸⁴⁰.

Ce qui compte ici, c'est que la composante sociale des pathologies prises en charge n'est pas considérée comme neuve. C'est plutôt dans les "organisations névrotiques décompensées en réaction à des événements" (deuils, des divorces, des difficultés au travail ou avec les enfants) que dans "le registre des psychoses ou des troubles graves de la personnalité" que les psychiatres situent le caractère inédit du public du Centre Médico-Psychologique. Le chef de service du secteur desservant Rillieux-La-Pape conforte le diagnostic de ses collègues : c'est la cassure psychique faisant suite à une difficulté grave ("divorce, harcèlement professionnel"¹⁸⁴¹) qui motive la consultation au Centre Médico-Psychologique. Un jeune psychiatre travaillant dans le même service attribuait ce changement à une défaillance les organisations familiales ou sociales porteuses d'ordre symbolique. Pour autant, les praticiens admettent qu'il est parfois difficile de faire le partage entre une perte des repères symboliques inédite (au travail et dans la famille) et le fait que "ces choses connues ne venaient pas avant"¹⁸⁴². Autrement dit, l'accord se fait au sein de la profession sur la nécessité de prendre en compte de nouvelles expressions pathologiques ; trancher sur les raisons profondes de ces nouvelles expressions ne fait en revanche pas l'unanimité (un type de souffrance est-il inédit ou seulement la visibilité de cette souffrance ?). Répondre à une telle question ne relève ni de nos compétences ni de l'objectif que nous avons assigné à notre travail de thèse. En revanche, ce que nous souhaitons cerner, ce sont les changements pratiques qui amènent les psychiatres de secteur à se positionner dans ce débat sur les nouvelles pathologies. Nous allons donc voir en quoi de nouvelles stratégies thérapeutiques constituant «une nouvelle théorie de la pratique» sont de nature à valider l'hypothèse d'une transformation culturelle de la psychiatrie de secteur.

¹⁸³⁸ Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

¹⁸³⁹ La psychologue compare même cette dimension historique de la pathologie à celle qui put marquer celle des "hystériques de Charcot". Entretien avec Madame Luzerne, psychologue.

¹⁸⁴⁰ Entretien avec le Docteur Bardane.

¹⁸⁴¹ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹⁸⁴² Entretien avec le Docteur Laurier.

2. Une nouvelle théorie de la pratique

L'augmentation de demandes jugées aux limites de la psychiatrie se traduit parfois par de nouvelles stratégies thérapeutiques. La psychologue du Centre Médico-Psychologique de Rillieux-La-Pape évoquait sur ce point la nécessité de trouver de nouvelles solutions face aux "ratés thérapeutiques d'aujourd'hui". De même, lorsque nous avons demandé au chef de service de nous expliquer les motifs de la charte de prévention en santé mentale signée par la ville de Rillieux-La-Pape et le Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier, celui-ci a justifié la nécessité du travail en réseau en réponse à l'apparition de "nouvelles pathologies" (entre guillemets pour notre interlocuteur). Et là, contrairement à d'autres praticiens qui ne formulent pas clairement la modification de leur pratique soignante, ce chef de service insiste sur l'inadéquation des catégories psychiatriques classiques :

"- Pourquoi un tel contenu à la charte ? - Très souvent et de plus en plus avec les "nouvelles pathologies", on avait le réflexe de passer à côté de la plaque et ceci, dans un temps très court. Depuis huit, dix ans. C'est le même métier mais les conditions hospitalières changent et les pathologies changent aussi. Même les structures extérieures (dépression, toxicomanie...). Ce sont des pathologies de l'immédiateté". ¹⁸⁴³

Ici, le chef de service explique que les pathologies de l'immédiateté sont celles où le symbolique n'est plus une référence. Pour que nous comprenions cela, il évoque la comparaison suivante : le fait de remplacer une amende pour excès de vitesse par une projection télévisuelle des dégâts causés par un accident de voiture est un exemple d'immédiateté remplaçant le recours au symbolique. Sur ce point, il faut noter que ce même psychiatre qui était en désaccord avec son ancien maître Jean Furtos quant aux contours de la mission du psychiatre, le rejoint sur l'étiologie de troubles fondée sur "l'effondrement du symbolique-social"¹⁸⁴⁴. Ce psychiatre nous présente ainsi ce que l'on pourrait appeler une nouvelle "théorie de la pratique" :

"C'est le cas des psychopathes "au carré" : des pathologies de jeunes, sans consommation de cannabis, qui sont très en actes, très violents et qui se calment en trois jours. Ils peuvent délirer mais si le symbolique est redonné, ça va. Sauf s'ils en sont complètement dénués. Des patients viennent de zones de non droit. Ce ne sont pas des "psychotiques bon teint". Des gens qui ont du boulot mais un problème d'identité, d'acculturation. Avec ces gens-là, on a à réinventer le soin, ça ne marchait pas... Ces gens-là étaient connus dans la cité et on avait à chercher des renseignements biographiques, sur leur environnement avec une éducatrice de rue à Rillieux depuis 20 ans par exemple... C'était assez difficile à caser dans des catégories nosographiques classiques : délire pendant un moment mais ça n'évolue pas comme une psychose classique car il y a des états intercritiques de normalité totale [...] La psychiatrie classique ne pouvait

¹⁸⁴³ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹⁸⁴⁴ Le Docteur Ajonc nous confie alors : "Sur l'étiologie, on se rejoint un peu avec Furtos : sur l'effondrement du symbolique-social. Quelle image du monde du travail on a avec un père qui n'a jamais travaillé, qui s'est mis à picoler et bat sa femme ? Je dirais bien que c'est une étiologie sociale mais si vous le soignez dans sa montée d'immeuble en jouant aux cartes !...".

effectivement comprendre ces pathologies-là. Je suis inscrit culturellement dans la cité. Il y avait à l'inverse le grand désarroi de tous les gens qui ont en première ligne ces gens : la mission locale, la MDR, l'ANPE, le loisir, l'école...Au cours des rencontres avec la MDR, on a eu des gens qui s'insèrent dans des dettes benoîtement. Plus de surmoi, plus de culpabilité. Des demandes d'aides tous les mois, pour le logement, les aliments et ils s'offusquent réellement si on les leur refuse»¹⁸⁴⁵

La tâche que ce psychiatre s'est assignée est, nous a-t-il dit, "d'apprendre à pouvoir théoriser ces nouvelles pathologies, c'est-à-dire trouver un sens dans le fonctionnement de la psyché". Cette confiance sera également l'occasion de s'insurger contre ceux qui nient ces nouvelles pathologies, aux Etats Généraux par exemple ("certains nient l'évidence"). Pour autant, il s'agit bien de trouver une "réponse psychiatrique" à ces nouvelles pathologies en renonçant, non aux moyens institutionnels tout court mais aux moyens institutionnels "classiques" :

"Si on traite avec les moyens institutionnels classiques, on fait une erreur mais si on utilise nos connaissances et nos pratiques... j'avais commencé à écrire quelque chose là-dessus, mais bon.... Pour ces pathologies, on peut penser à des hospitalisations répétées mais courtes (pas comme pour les psychotiques) pour utiliser l'institution pour soigner. On y arrive un peu en intra"¹⁸⁴⁶.

Une telle préoccupation comporte un intérêt pour notre analyse dans la mesure où le traitement institutionnel, loin d'être invalidé par ce praticien, exige d'être réactualisé en fonction de cas pathologiques inédits. Plus précisément, cela signifie que l'on valorise le rôle d'une psychiatrie publique susceptible d'opérer à travers le message qu'elle adresse aux populations précaires "la reconnaissance et le rétablissement des affiliations symboliques qui leur font précisément défaut"¹⁸⁴⁷, ce qui élargirait le champ transférentiel à celui de la vie sociale¹⁸⁴⁸. Cela revient donc à postuler que l'analyse institutionnelle peut trouver un nouvel espace d'opérationnalité dans un travail décloisonné entre les champs psychiatrique et social. Les praticiens du secteur parisien étudié postulent également que l'on peut "faire société", trouver un tiers comme le dit le psychanalyste Marcel Sassolas¹⁸⁴⁹, en constituant des liens avec l'autre du secteur ("ici, on s'aperçoit de la nécessité de créer des liens sinon les patients ne créent pas de liens")¹⁸⁵⁰.

Cette nouvelle stratégie thérapeutique est évoquée par Christian Laval, sociologue à l'ORSPERE¹⁸⁵¹, lorsqu'il restitue les points de vue des intervenants "psy" (psychologues, psychiatres, infirmiers de secteur psychiatrique) à partir de deux expériences vécues

¹⁸⁴⁵ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹⁸⁴⁶ Entretien avec le Docteur Ajonc.

¹⁸⁴⁷ Bertrand Piret, "Précarité oedipienne, psychanalyse et psychiatrie publique", *Rhizome*, n°8, avril 2002, p. 10

¹⁸⁴⁸ Philippe Rappard ne croit guère aux capacités de symbolisation de la société civile, contrairement à Jean Furtos (Philippe Rappard, Séminaire de recherche, "les cultures Professionnelles en santé mentale", MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon. communication du 30 novembre 2001).

¹⁸⁵⁰ Entretien avec le Docteur Armoise.

comme un succès de l'élargissement du champ transférentiel à celui de la vie sociale. Les deux expériences relatées concernent l'une, une unité de l'association lyonnaise Santé mentale et Communautés dont la mission est "l'accès aux soins pour des personnes non demandeuses de soin malgré leur souffrance psychique", et l'autre un groupe de paroles parisien à destination de personnes sans domicile fixe¹⁸⁵². Les dispositifs étudiés mobilisent trois groupes d'acteurs : aidants de première ligne, aidants de seconde ligne et personnes en souffrance. Sans rentrer dans le détail, notons que le personnel "psy" conclut à la réussite de l'instauration d'une relation de confiance s'opérant grâce à "un collectif d'entraide qui fait société [...] distinct du concept de relation d'aide duale par sa coloration réticulaire et collective"¹⁸⁵³.

Il y aurait donc un intérêt thérapeutique à travailler en réseau dans une perspective d'analyse institutionnelle, en réponse aux demandes des professionnels non médicaux du secteur ou de l'inter-secteur.

En bref ici, une culture professionnelle construite en référence à la psychothérapie institutionnelle et à la psychanalyse se maintient par l'exigence d'une constellation transférentielle élargie aux professionnels du réseau de santé mentale. La dimension éthico-politique des actes psychiatriques est préservée si se substitue à "la logique des mercenaires anonymes du réseau et de leur pouvoir mortifère" la "pérennisation d'une logique personnalisée qui respecte le transfert et le tissu vivant de culture qu'il institue avec le partenaire qu'est la personne malade grâce à laquelle tous les intervenants sont amenés à se rencontrer"¹⁸⁵⁴. Le défi que les praticiens proposent de relever contre la précarité du réseau trouve ses ressources dans une culture professionnelle de secteur qui ne renie pas ses principes mais se réactualise face aux nouvelles injonctions politiques et sociales.

La question de l'évaluation s'imposait parce son sens même fait appel aux valeurs. Il n'est donc pas étonnant qu'elle soit le lieu typique de la confrontation de cultures

¹⁸⁴⁹ Marcel Sassolas, psychiatre et membre actif de l'association lyonnaise Santé mentale et Communauté, fait ainsi de la souffrance psychique des soignants la conséquence naturelle de la relation soignante : le soignant est le dépositaire des affects du patient ; le meilleur remède aux méfaits de cette séduction narcissique est alors "la mise en place dans la relation soignante d'un tiers individuel ou institutionnel, dont la présence viendra limiter l'omnipotence du ou des soignants fortement sollicités par la séduction narcissique exercée par le patient (Marcel Sassolas, "La souffrance psychique des soignants", *Pratiques en santé mentale*, Dossier Souffrances psychiques, n°1, 2004, p. 3).

¹⁸⁵¹ Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion, Bron.

¹⁸⁵² Christian Laval, "La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale", in A. Micoud, et M. Peroni (dir), *Ce qui nous relie*, Editions de l'Aube, collection "Société et Territoire", 2000, p. 51.

¹⁸⁵³ Christian Laval, "La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale", *op. cit.*, p. 55.

¹⁸⁵⁴ Michel Lecarpentier, Rapporteur de l'atelier n°1 "Le réseau, espoir ou contrainte ?", *Pratiques en santé mentale*, Dossier "Souffrances psychiques", n°1, 2004, p. 45.

différentes. Ainsi, la contestation psychiatrique de l'outil d'évaluation proposé par les pouvoirs publics se fait sur deux fronts : sur ses motivations d'abord (quelle fin sert-elle ?), sur ses critères ensuite (quelle qualité des soins apprécie-t-on ?). Nous avons vu que le PMSI était un dispositif d'évaluation des coûts du soin, justifié par un objectif de rationalisation de ces mêmes coûts. En face, les psychiatres redoutent les effets d'un amalgame entre la médecine et la psychiatrie, mais plus généralement entre la médecine et toute relation de service. Ils proposent donc une évaluation à partir de l'idée du secteur : si le secteur exige la continuité des soins, la réinsertion du patient dans un milieu de vie et la lutte contre le fonctionnement délétère de certains services, c'est sur cela que doit porter l'évaluation. Si le décroisement sanitaire et social est une condition de réussite du secteur, il doit pouvoir être apprécié en tant qu'élément de la qualité des soins. Une fois encore, l'exigence d'une prise en compte à un niveau politique du savoir élaboré à partir des valeurs générées par la pratique elle-même, préside à la résistance des psychiatres.

De la même façon, les nouvelles sollicitations et missions des psychiatres de service public provoquent un trouble identitaire issu d'une crainte d'être requis pour une gestion du social raturant des exigences structurées de l'intérieur de la profession. Pour autant, les psychiatres de secteur n'optent pas pour un repli de type corporatiste : en inventant de nouvelles théories de la pratique, ils tentent de maintenir une culture vivante, vivante parce qu'opérant le rapport entre des injonctions politiques sociales et des exigences propres à sa spécificité clinique.

Conclusion

Ainsi, le modèle juridico-politique contractuel s'incarne d'une part dans un droit faisant de la relation médicale une relation de service comme les autres, dans un droit spécifique à la contrainte fondé sur la notion de danger social, dans un droit qui ignore les contraintes objectives de la psychiatrie de secteur. Dans les faits, ce modèle génère des pratiques parfois contradictoires avec les objectifs qu'il visait, parfois en dissonance avec l'éthique professionnelle des équipes de secteur psychiatrique. D'autre part, l'ensemble normatif actuel se traduit par une certaine idée du réseau, largement distincte de celle portée par les praticiens de secteur. Les expériences de réseau sur lesquelles nous nous sommes appuyée ont permis de conclure à la dépendance du réseau de la "bonne santé" des institutions qui en sont les acteurs, notamment ceux du secteur psychiatrique.

La définition d'un nouveau modèle d'action publique, caractérisé par le contrat et le réseau, seraient restée incomplète sans un développement sur l'évaluation choisie par les pouvoirs publics pour apprécier la qualité des soins. Nous avons souhaité rassembler les éléments permettant de conclure moins à la résistance des acteurs qu'à la résistance des pratiques elles-mêmes, signalant l'objectivation bureaucratique du fait psychiatrique. Toutefois, on a pu repérer des attitudes et des actes praticiens ayant en commun de tenter une réactualisation de l'exigence institutionnelle de juridicité que nous avons caractérisée dans la première partie de notre thèse.

Nous avons commencé ce livre en nous demandant s'il y avait contradiction entre la culture professionnelle de secteur et l'actualité juridico-politique ou s'il s'agissait d'une "crisis" signalant une mutation culturelle permettant de dévoiler une représentation idéalisée de la profession. Nous avons été amenée à rectifier notre compréhension du problème, à reformuler la question initiale en y répondant : puisque la culture professionnelle de secteur mobilise des principes dont elle hérite du passé, il y a bien "crisis" au sens où les équipes de secteur cherchent de nouvelles formes d'expression de leur identité, adaptées à un environnement inédit. Pour autant, les réponses apportées par une psychiatrie publique soucieuse de conserver une éthique dont la teneur s'est sédimentée dans une histoire qu'elle a faite sienne restent précaires. Par là même, elles signalent que le modèle contractuel que nous avons décrit, qui se décline dans un droit, une organisation et un dispositif d'évaluation des pratiques, se caractérise bien par l'oubli de la spécificité d'une culture professionnelle qui demande sa réactualisation. Cette conclusion suscite une remarque.

Elle rejoint en effet l'opération "d'hygiène intellectuelle"¹⁸⁵⁵ à laquelle appelait en 1998 Lise Demailly, opération tendant à rejeter comme inexact scientifiquement "la quasi-universalité"¹⁸⁵⁶ de la notion de relation de service, notion dérivée directement du contenu de la professionnalité managérialisée dont les outils maîtres sont le "projet, le contrat et l'évaluation"¹⁸⁵⁷. Partant, l'amalgame opéré par la relation de service écrase bien pour la psychiatrie "la spécificité d'un métier relationnel de service public" parce qu'elle ne saisit pas "les dynamiques socio-historiques des pratiques"¹⁸⁵⁸. Nous rejoignons donc particulièrement la pensée de cet auteur, après analyse de la dimension tierce institutionnelle telle qu'elle a été pensée par la psychiatrie publique et telle qu'elle est rendue difficile par le contexte juridico-politique de son encadrement. Ce constat est en outre de nature à invalider les thèses consistant à faire des résistances professionnelles la manifestation de purs intérêts corporatistes nés à l'occasion d'intérêts ponctuels,

¹⁸⁵⁵ Lise Demailly, "Les métiers relationnels de service : approche gestionnaire, approche politique", *Lien social et politique*, RIAC, 40, automne 1998, pp. 17-24.

¹⁸⁵⁶ Lise Demailly, *op. cit.*, p. 20.

¹⁸⁵⁷ Lise Demailly la caractérise par la capacité de s'inscrire dans des "projets", dans des "réseaux et partenariats", "la territorialisation des compétences (définition locale des problèmes et des solutions)", "l'acceptation de l'évaluation permanente", "l'augmentation du temps de travail contraint et contrôlé", "la flexibilité des statuts et la précarisation de l'emploi", "la publicité ou la transparence de l'action",. Lise Demailly invite à interroger la rationalisation générale d'activités ramenées à "une prestation de service", qu'elles concernent des biens ou des services, le tertiaire ou les autres secteurs, la production matérielle ou immatérielle, l'industriel ou le relationnel. Ces activités seraient en effet toutes touchées par l'augmentation de la productivité du travail, l'individualisation des prestations et le développement d'une connaissance de l'organisation nécessaire à une évaluation de l'efficacité. Mais d'un autre côté, toutes subiraient les effets de la décentralisation, de l'appel à l'initiative, de l'élargissement des tâches et de l'appel à la capitalisation des savoirs collectifs, de la prise en compte de l'usager-client. Ce développement contradictoire des organisations est d'après Lise Demailly à l'origine des sentiments de professionnalisation et de dé-professionnalisation chez les agents.,. *ibid*, p. 20.

¹⁸⁵⁸ *Ibid*, p. 21.

déconnectés de la mission de service public dévolu à certains segments professionnels. Enfin, il suggère les ambiguïtés d'une politique qui affirme sa volonté d'instaurer une véritable démocratie sanitaire tout en produisant "des espaces de cantonnement des controverses".¹⁸⁵⁹

¹⁸⁵⁹ L'expression est de Pierre Lascoumes qui s'interroge sur les conditions de validité de la délibération publique (Pierre Lascoumes, "La productivité sociale des controverses", *op. cit.*, pp. 13-15).

Conclusion

Perspectives

Tout bilan est l'occasion d'une perspective. Nous synthétisons donc brièvement notre acquis pour mieux visualiser la pertinence de recherches futures.

La psychiatrie, comme espace d'intervention médicale, est née avec le Code Pénal napoléonien de 1810. Le premier statut juridique du malade mental fut lié à la suspension de la peine. Progressivement, le rapport instauré entre le pouvoir judiciaire et la nosographie psychiatrique débouchera sur un pouvoir médical d'atténuation de la peine prononcée à l'égard du délinquant malade. Après la Seconde Guerre Mondiale, les prémices d'une remise en cause de la contre-indication de l'action judiciaire se font sentir dans le corps des médecins des hôpitaux psychiatriques. Dans le même temps, le maintien de cette contre-indication continue de fonder la légitimité de la compétence du psychiatre. Une première contradiction émerge donc du fait de l'évolution des développements internes de la psychiatrie, notamment sous l'influence de la psychanalyse. La réforme du Code Pénal de 1992, parce qu'il se fonde plus sur la souffrance de la victime, que sur les vertus thérapeutiques du procès pour l'accusé malade mental, répondra de manière inadéquate à la revendication des psychiatres. La pratique du nouveau droit, conjugué au développement des soins en prison relancera

toutefois le débat, non plus sur l'alternative "soigner ou punir" mais sur les difficultés concrètes du "soigner et punir".

La volonté de réintégrer le malade mental dans une communauté de droit commun fonde également la remise en cause de l'incapacité civile jusque là indexée sur la situation de l'hospitalisation. Ce souhait psychiatrique sera exaucé par une loi de janvier 1968 qui désolidarise les régimes de l'incapacité à la gestion des biens du régime des soins. Mais peu à peu, la pratique de la loi, conjuguée à une certaine politique d'assistance sociale tendra à donner au psychiatre de secteur ou aux services de tutelle hospitaliers un pouvoir sur le destin social du malade.

L'émergence de l'idée de secteur constitue le troisième volet de la construction d'une identité psychiatrique centrée sur les vertus thérapeutiques d'une réintégration du malade mental dans un droit commun. Conçu comme la restitution au malade d'un milieu civique, le secteur se traduit par une double exigence : la démocratisation du milieu de soins à proprement parler d'une part, et l'intégration du patient à un milieu social d'autre part. Nous avons dès lors pu constater que les dérives de l'idée de secteur, telle qu'elle a été définie par les représentants des médecins des hôpitaux psychiatriques auprès des pouvoirs publics, proviennent d'une confusion entre "l'institution au sens des murs" et l'institution "comme ensemble de significations".

L'étude des valeurs présidant à ces trois volets d'une même conscience psychiatrique de secteur imposait l'épreuve de l'actualité. Nous avons ainsi observé la continuité des représentations construites depuis le milieu du XXème siècle chez les psychiatres de secteur exerçant aujourd'hui. Autrement dit, tout portait à croire que ces derniers allaient répondre par le même type d'arguments ou le même type d'incertitude, aux questions posées par les consignes définies par un édifice juridico-politique inédit. On pouvait s'attendre donc à ce que les psychiatres de secteur maintiennent à l'endroit des règles la même exigence institutionnelle que naguère.

La résistance de la psychiatrie de secteur devait nous informer sur l'ensemble juridico-politique proposé depuis une dizaine d'années pour encadrer la pratique publique, ensemble que nous avons nommé contractuel pour deux raisons : parce qu'il encadre une relation médicale entendue comme contrat, parce qu'il incite la psychiatrie publique à s'insérer dans un réseau sociétal contractuel. Cette résistance, enracinée dans la rationalité d'un savoir habitué à déborder son objet spécifique (la maladie mentale) nous a révélé les caractéristiques de ce droit, parce qu'elle enjoignait d'interroger des phénomènes d'ineffectivité et d'inefficacité des règles. Trois qualités de l'édifice juridico-politique actuel ont ainsi été mises en évidence : sa justification, son critère d'application, résidant dans la notion de danger social et sa forme procédurale, nécessitant l'étude des contraintes objectives qui lui donnent un contenu.

Enfin, il s'agissait pour nous d'éprouver les formes actuelles de la tension identitaire de la psychiatrie de secteur. Nous avons donc montré en quoi la conception officielle de la qualité des soins, véhiculée dans un dispositif d'évaluation particulier, tendant à nier la dimension politico-historique d'une culture psychiatrique spécifique, était à l'origine d'une critique bureaucratique virulente. Les praticiens résistent notamment à ce qu'ils considèrent comme une objectivation du fait psychique, en proposant d'autres critères

d'évaluation que ceux imposés par le politique. En outre, c'est aussi pour répondre à ce qui pourrait ressembler à une objectivation sociale de la souffrance psychique, que la psychiatrie de secteur cherche à maintenir une éthique, face à l'évolution des populations qu'elle doit prendre en charge, dans un contexte de décloisonnement des champs sanitaires et sociaux. Et comme à l'occasion d'autres événements passés, l'ambivalence de la résistance psychiatrique se manifeste par un tiraillement des professionnels entre leur fonction sociale et leur mission soignante. Les tiraillements actuels, loin de paralyser les praticiens, produisent une nouvelle théorie de la pratique témoignant d'une culture vivante.

Quelques réponses à nos questions

Interpellée par le tiraillement de psychiatres appartenant au monde public face à qui leur est proposé actuellement pour encadrer leur pratique, nous avons tenté une sociologie qui s'intéresse à un groupe professionnel en cherchant à comprendre comment son savoir se sentait impliqué, débattu ou contesté, mis en demeure de se renouveler par des réformes ou des propositions formulées au niveau politique.

Notre problématique s'énonçait ainsi : en quoi le rapport entre le droit et la psychiatrie permet-il d'interroger un modèle d'action publique? Nous voulions interroger la folie comme problème culturel à travers la confrontation entre l'exigence institutionnelle de juridicité formulée par la psychiatrie publique depuis l'après-guerre et l'édifice juridico-politique actuel. Plusieurs résultats peuvent être synthétisés ici. Nous présenterons d'abord ceux qui concernent l'idée de culture professionnelle et ensuite ceux qui touchent à l'idée de droit.

L'existence d'une culture professionnelle est moins issue d'une technique que d'une éthique. Pour les praticiens du secteur, cette culture est centrée sur une exigence spécifique : celle d'un droit commun pour le malade et son psychiatre, droit commun générant son propre milieu, le secteur. Au service de cette exigence, tout un "bricolage de références théoriques " est mobilisé. La vivacité de cette culture réside moins dans l'invocation des auteurs de l'histoire psychiatrique publique que dans la recherche d'une théorie de la pratique qui ne sacrifie pas les valeurs d'une éthique commune. C'est en utilisant toujours des ressources telles que la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle ou la phénoménologie, que la psychiatrie de secteur tente de réactualiser la pensée désaliéniste des pionniers du secteur. La recherche de "nouveaux outils conceptuels pour approfondir la psychiatrie de secteur"¹⁸⁶⁰ maintient vivante une culture. Sans rentrer dans trop de technicité, on a pu comprendre que les propositions émanant de la psychiatrie de secteur sont une occasion pour les praticiens de faire l'épistémologie de leurs propres connaissances, en cherchant le lien entre ce qui est de l'ordre de la contingence (le social) et ce qui est de l'ordre du structurel (l'économie psychique et ses lois). Parler de mutation identitaire pose dès lors une ambiguïté : une identité

¹⁸⁶⁰ Guy Baillon, "Revisitons les outils de soin du secteur, *L'information psychiatrique*, volume 79, n°2, février 2003, p. 130.

professionnelle nouvelle se manifeste-t-elle dans des pratiques inédites au service d'une conception identique ou désigne-t-elle un changement des principes commandant ces pratiques?

Dans notre travail, nous avons ainsi saisi la rupture identitaire élaborée entre les années 1940 et les années 1960. Aujourd'hui, nous ne pouvons parler de mutation identitaire de la psychiatrie de secteur au simple motif que les pratiques évoluent. Ainsi, les façons de soigner que nous avons décrites à la fin de notre livre II indiquent plus les moyens de réactualisation d'une culture plus ancienne qu'un reniement de la doctrine de secteur.

Dès lors, il existe une filiation identitaire entre plusieurs générations de psychiatres soucieux de maintenir la possibilité d'une histoire qui ne serait pas la simple histoire d'un savoir, en inventant précisément les conditions d'une juridicité adaptée à la nouvelle donne sociale. On comprendra ainsi l'appel du psychiatre Jean Furtos, qui, constatant le désespoir des soignants, les enjoint à "accepter l'idée de la mort de la Psychiatrie pour la maintenir vivante car "oublier la possibilité de la mort... c'est rester au niveau de mécanismes réactionnels"¹⁸⁶¹.

Ensuite, une culture professionnelle est travaillée par des contradictions qui ne signifient nullement son manque d'unité. Ainsi, c'est parce qu'il y a un espace commun de débat, où l'on éprouve de telles contradictions, que l'on peut parler de culture d'un segment professionnel, au sens visé par Anselm Strauss¹⁸⁶². La revendication, par les praticiens eux-mêmes, d'une spécificité de l'activité psychiatrique nécessitant un contexte despécifié des soins a souvent généré un malaise chez les professionnels. Ainsi, nous avons vu que depuis plusieurs décennies, l'hétéronomie de la psychiatrie publique par rapport à d'autres champs non médicaux, et notamment celui de l'assistance sociale produit toujours le même type de controverse et révèle les ambiguïtés de la fonction sociale de la psychiatrie de secteur. En effet, que l'on se trouve en présence d'une loi de 1975 sur le handicap ou dans le contexte actuel d'un décloisonnement institutionnel entre les champs du soin et de l'assistance, les enjeux sont identiques pour notre groupe professionnel : préserver à l'endroit du malade une intention médicale de guérison, prévenir les effets des statuts figeant son état, conserver un discours débordant le lieu spécifique de la psychiatrie pour s'adresser à une société et au politique. Le niveau de discours, qu'il soit ordinaire ou de représentation, indique moins une différence de nature que de degré de la contestation issue d'une culture professionnelle commune. L'existence de niveaux différents du discours ne fait que traduire le processus dynamique de

¹⁸⁶¹ *Ibid*, p. 26.

¹⁸⁶² En effet, Anselm Strauss considère les professions comme "formant un amalgame flou de segments en cours d'évolution". D'après lui, l'émergence de segments acquiert un sens nouveau quand on les considère comme des mouvements sociaux à l'intérieur d'une profession. Opter pour une telle perspective implique dès lors d'étudier plusieurs aspects : la situation de travail et le contexte institutionnel, le déroulement des carrières, la formation, le recrutement, les images publiques, les relations avec d'autres professions, les phénomènes de leadership (Anselm Strauss, "La dynamique des professions", in *La trame de la négociation*, *op. cit.*, pp. 85-86). La reconstruction de l'identité psychiatrique de secteur que nous avons opérée aborde quasiment toutes ces dimensions.

constitution d'un pouvoir social produisant le sens commun des psychiatres de service public par sa "capacité de faire exister à l'état explicite, de publier, de rendre public, c'est-à-dire objectivé, visible, discible, voire officiel, ce qui, faute d'avoir accédé à l'existence objective et collective, restait à l'état d'expérience individuelle ou sérielle"¹⁸⁶³. La production d'une identité psychiatrique d'abord, puis d'une identité psychiatrique de secteur s'est effectuée dans et par les syndicats de psychiatres, mais pas seulement : de nombreux autres actes en effet manifestent l'unité des revendications (pétitions, appels, états généraux...).

Mettre un dispositif juridico-politique à l'épreuve d'une culture professionnelle fut également riche d'enseignements. Nous nous demandions s'il fallait conclure que le droit était un pur reflet du social. Certes, si l'on désigne par droit la production d'un corpus de textes, on peut y voir les signes d'une évolution sociale : celui de l'abandon d'un modèle paternaliste de la relation médicale, celui aussi de la politisation d'une souffrance jusque-là privée (la souffrance psychique), celui encore d'une médicalisation de problèmes sociaux ou de délinquance, etc. De là à interpréter le droit comme une pure continuation du social, loin s'en faut : si nous regardons le droit tel qu'il fonctionne, si le droit devait traduire une demande sociale, dont la psychiatrie de secteur est un acteur parmi d'autres, on ne saurait conclure comme on l'a fait parfois à la résistance des pratiques. Cette résistance, outre qu'elle signale peut-être le déficit démocratique de l'élaboration du droit, révèle certes que le droit n'est pas un reflet, mais plus encore qu'il véhicule des valeurs pouvant rentrer en contradiction avec celles des lieux auxquels il s'adresse. L'examen du degré d'intégration de la règle aux usages sociaux l'a bien montré : le droit échoue quand il est l'instrument d'une politique pratiquant l'amnésie des valeurs spécifiques des cultures auxquelles il s'adresse. Est-ce à dire que le droit devrait répondre à la demande sociale telle qu'elle est formulée? Certes non, puisqu'une culture professionnelle est d'après nous bien plus qu'une somme d'opinions.

Une autre question travaillait notre étude. Il s'agissait d'interroger la force productrice du droit. En la matière, nous avons conclu à plus d'un effet spécifique à l'énonciation formelle de la règle. La généralisation des procédures d'hospitalisation sans consentement en urgence est un exemple des effets de l'injonction juridique, l'extension de compétence du psychiatre de secteur ou la transformation du contenu du dossier médical en est un autre. Plus généralement, les incidences de la loi renvoient à sa nature actuelle. Ainsi, la politique de réseaux prend la forme d'une incitation inscrite dans la législation ; nous avons là une situation particulièrement frappante de ce que décrit Jacques Lagroye : "la dimension symbolique prévaut sur l'organisation des moyens d'action"¹⁸⁶⁴. La précarité des réseaux en atteste. Jacques Lagroye indique en outre que "gouverner par contrat" est devenu une injonction générale, évacuant la question de la justesse et de la validité d'une telle démarche, justifiée par une double critique, celle de la

¹⁸⁶³ Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, Seuil, 2001, p. 303. "ce n'est pas un hasard si katégoresthai signifie accuser publiquement" Pierre Bourdieu pense à toutes les stratégies symboliques par lesquelles les agents visent à imposer leur vision des divisions du monde social et de leur position dans ce monde peuvent se situer entre deux extrêmes : l'insulte et la nomination officielle ; la nomination officielle, acte d'imposition symbolique, a pour elle toute la force du collectif parce qu'elle est opérée par un mandataire de l'Etat détenteur du monopole de la violence symbolique légitime. Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir op. cit.*, p. 304 et p. 307.

bureaucratie, et celle "des impasses de l'universalité des règles législatives et réglementaires"¹⁸⁶⁵. Il s'avère ici troublant de constater que la psychiatrie de secteur fonde justement son rejet de la procédure d'évaluation proposée par les pouvoirs publics sur les dérives bureaucratiques d'un dispositif postulant l'universalité des pratiques soignantes. L'instrument du PMSI, qui définit des obligations d'information et de communication de certaines données précises sur les patients, est bien rejeté au motif qu'il "structure l'espace public en imposant des catégorisations et en créant le préformatage de débats qui sont souvent difficiles à mettre en discussion"¹⁸⁶⁶.

Nous avons situé la véritable juridicité, dans l'implicite du droit, dans l'idéalité politique qui relie les règles entre elles. Par l'étude du rapport entre des règles et leur lieu d'application singulier, la psychiatrie publique, il s'agissait bien de saisir la norme comme signification d'une proposition indiquant un modèle de conduite. Les remarques de Jacques Lagroye, mais aussi les travaux de Lise Demailly confortent l'idée que notre questionnement peut valoir pour d'autres lieux d'interrogation que celui de la psychiatrie publique.

Perspectives de recherche

Notre travail suscite de nouvelles questions. Nous en présenterons deux, susceptibles de constituer de nouvelles recherches.

Tout d'abord, puisque nous avons élaboré un modèle à partir d'un domaine empirique singulier, il est légitime de se demander dans quelle mesure les leçons que nous avons tirées sont transférables à d'autres lieux d'interrogation que la psychiatrie publique. Nous avons réfléchi à partir d'une culture très marquée, activiste même. Notre lieu d'investigation a joué comme un miroir grossissant du malaise d'une culture professionnelle qui comprend mal des propositions politiques d'insertion dans le social. Nous croyons que le cas de la psychiatrie n'est pas atypique parce que d'autres groupes d'acteurs se demandent aussi quelle invention institutionnelle pourra jouer le rôle de tiers, quel équivalent pourra opérer la fonction symbolique traditionnellement dévolue à l'Etat. Pour étudier un tel problème, nous pourrions par exemple nous intéresser aux lieux associatifs, et spécialement à leur vocation républicaine ... avec l'inquiétude de savoir si l'associatif peut être le vicaire de l'institution.

Les psychiatres revendiquent une participation, à partir de l'intérieur de leur discipline, à la définition du statut de leur savoir et de leur fonction. Notre travail a moins apprécié le degré de participation actuel des professionnels aux décisions publiques les concernant

¹⁸⁶⁴ Jacques Lagroye, "Gouverner par les instruments. Ou comment instrumentaliser l'action publique?", in Jacques Lagroye (dir), *La politisation*, Paris, Belin, Coll. Socio-histoire, 2003, p. 398.

¹⁸⁶⁵ *Ibid*, p. 399.

¹⁸⁶⁶ *Ibid*, p. 401.

que les contradictions culturelles que la pratique du droit révèle. L'une des questions adjacentes que notre étude suggère porte donc sur la dimension démocratique des processus de décision de l'action publique. La thèse de Sandra Philippe, nous l'avons vu, répond à cette interrogation en montrant les lacunes démocratiques de processus décisionnels publics dans le domaine psychiatrique.

Dès lors, il s'avère pertinent d'éprouver l'hypothèse d'un fonctionnement démocratique tendant à la rationalisation bureaucratique à l'endroit d'autres groupes professionnels. Nous pourrions ainsi savoir si d'une part, les conditions d'existence d'une culture sont les mêmes pour d'autres acteurs, et si d'autre part, la dimension publique des activités explorées nous informe sur les caractéristiques spécifiques des politiques actuelles.

Ces propositions valent pour d'autres domaines que celui de la psychiatrie publique. D'autres s'imposent à nous en raison de l'actualité juridique de la psychiatrie. En effet, depuis le début de l'année 2004, l'idée est acquise au Ministère de la Santé de modifier la loi du 27 juin 1990. Un nouveau "plan de santé mentale" est en cours d'élaboration. Nous en retiendrons deux aspects qui paraissent liés, et qui pourraient devenir les objets d'une recherche poursuivant notre travail de thèse.

Tout d'abord, on propose une loi générale sur les obligations de soins plutôt qu'une loi spécifique aux personnes souffrant de troubles mentaux¹⁸⁶⁷. La création d'une "obligation de soins en ambulatoire" suscite deux types de questions. La première, d'ordre pratique, concerne la possibilité de faire respecter l'obligation de soins, en cas d'absence d'observation du traitement¹⁸⁶⁸ et pose un problème de responsabilité¹⁸⁶⁹. La seconde, plus théorique, pose un problème de sens : l'expression même d'injonction de soins doit être analysée : relève-t-elle du champ pénal ou du champ médical ?

Ensuite, la judiciarisation des mesures d'hospitalisation, proposée par certains professionnels psychiatriques membres du Comité Consultatif de santé mentale, avec l'appui de nombreuses associations d'usagers¹⁸⁷⁰, suscite le même genre d'interrogations. La Direction Générale de la Santé, qui considère toujours que le juge "n'est pas plus spécialiste que le préfet"¹⁸⁷¹ étudie aujourd'hui cette proposition. Quant au Ministère de la

¹⁸⁶⁷ Hélène Strohl en fait la proposition au Comité consultatif de santé mentale le 5 décembre 1996.

¹⁸⁶⁸ Le représentant de la Fnapsy remarque que la limitation des sorties d'essai risque de maintenir plus longtemps hospitalisés les malades notamment les hospitalisés d'office suite à l'application de l'article 122-1 du Code Pénal. Compte-rendu de la réunion du Comité consultatif de santé mentale du 5 décembre 1996, p. 4.

¹⁸⁶⁹ Dans les faits aujourd'hui, le traitement obligatoire sans hospitalisation existe avec les sorties d'essai, qui se prolongent parfois des années, puisqu'elles sont renouvelables indéfiniment. Dans une telle configuration, le sort du malade reste sous la responsabilité du médecin ou du préfet. On peut dès lors se demander qui endossera la responsabilité du patient sous injonction de soin, et surtout, quel sera le rôle du psychiatre dans le suivi de celui-ci.

¹⁸⁷⁰ La Fnapsy propose ainsi la judiciarisation de l'hospitalisation d'office (Cf. Revue *Pluriels*, septembre 2000, n°23).

¹⁸⁷¹ Entretien avec Monsieur Chastanet, Bureau de la santé mentale, DGS.

Justice, il demeure opposé à la judiciarisation, faute de disposer des moyens pour la mettre en œuvre¹⁸⁷². On voit bien ici que les projets de réforme, notamment sur la question de l'injonction de soin, sont autant de lieux pour la poursuite de l'interrogation qui fut la nôtre tout au long de notre travail.

¹⁸⁷² Au Bureau de la santé mentale de la Direction Générale de la Santé, on envisage "la fusion entre hospitalisations d'office et hospitalisations sur demande d'un tiers" ce qui signifierait que le préfet est compétent pour le danger pour soi et pour autrui. Pour l'heure, la question n'a pas été encore approfondie par le groupe d'évaluation de la loi de 1990. *Ibid.*

Annexes

[rhenter_p_annexes.pdf](#)

Liste et grilles des entretiens

1) Les acteurs psychiatriques

- Secteur 27:
Les entretiens se sont déroulés au Centre Médico-Psychologique (Paris) ou à l'hôpital Maison Blanche (Neuilly sur Marne).
- Entretien avec le Docteur Achillée, psychiatre, 6 octobre 2003, une heure.
- Entretien avec le Docteur Armoise, psychiatre, 26 septembre 2003, 2 heures et 10 minutes.
- Entretien 1 avec le Docteur Safran, psychiatre, chef de service, 16 septembre 2003, 45 minutes.
- Entretien 2 avec le Docteur Safran, psychiatre, chef de service, 23 septembre 2003, 1

heure 35 minutes.

- Entretien avec le Docteur Mazen Hamdan, psychiatre, 5 avril 2004, 1 heure.
- Entretien avec Monsieur Romarin, infirmier psychiatrique, 22 octobre 2003, une heure.
- Entretien avec Monsieur Pigamon, psychologue, 5 avril 2004, 50 minutes.
- Entretien avec Madame Epilobe, assistante sociale, 6 octobre 2003, 40 minutes.
- Entretien avec Madame Lycopode, assistante sociale, 6 octobre, 40 minutes.

- Secteur 69 G07:

Les entretiens se sont déroulés au Centre Médico-Psychologique (Rillieux La Pape) ou au Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier (Bron).

- Entretien 1 avec le Docteur Ajonc, psychiatre, chef de service, 20 mai 2003, 1 heure.
- Entretien 2 avec le Docteur Ajonc, psychiatre, chef de service, 27 novembre 2003, une heure et 25 minutes.
- Entretien avec le Docteur Acacia, psychiatre, 19 novembre 2003, une heure et 10 minutes.
- Entretien avec le Docteur Bardane, psychiatre, 10 décembre 2003, 55 minutes.
- Entretien avec le Docteur Bleuet, psychiatre, 19 novembre 2003, 1 heure.
- Entretien avec le Docteur Laurier, psychiatre, 10 décembre 2003, une heure.
- Entretien avec Monsieur Liseron, infirmier, 4 novembre 2003, 50 minutes.
- Entretien avec Madame Luzerne, psychologue, 27 novembre 2003, 50 minutes.
- Entretien avec Madame Mimosa, infirmière, 27 novembre 2003, 45 minutes.
- Entretien avec Monsieur Onagre, infirmier, 4 novembre 2003, 1 heure et 10 minutes.
- Entretien avec Monsieur Trèfle, cadre de santé, 4 novembre 2003, 50 minutes.
- Entretien avec Madame Eglantier, assistante sociale, Juin 2003, une heure et 10 minutes.

2) Pierre-Bénite¹⁸⁷³

- Les acteurs

Les entretiens ont duré entre 45 minutes et une heure.

- Madame Sauge, Agent de développement social, Contrat de Ville de Pierre-Bénite,

¹⁸⁷³

Certaines personnes travaillent à Oullins ou Irigny mais la zone couverte par leur institution de rattachement inclut la commune de Pierre-Bénite.

27 juin 2002.

- Monsieur Genêt, Coordinateur Prévention de la Délinquance, Contrat de ville de Pierre-Bénite, 1^{er} juillet 2002.
- Madame Mousse, Agent local de prévention, 30 mai 2002.
- Madame Ancolie, Directrice de la Maison de la Jeunesse et de la Culture, 4 juillet 2002
- Madame Giroflée, animatrice, Maison de la Jeunesse et de la Culture, 30 mai 2002.
- Monsieur Garance, animateur socio-culturel, Les Eclaireurs, 5 juillet 2002.
- Madame Verveine, Secrétaire médicale, Centre de Santé Benoît Frachon, 11 juin 2002.
- Monsieur Tamaris, Directeur, Centre de Santé Benoît Frachon, 11 juin 2002.
- Madame Aneth, Présidente du Secours Populaire, 1^{er} juillet 2002.
- Madame Airelle, 1^{er} Adjoint, Mairie de Pierre-Bénite, 5 juillet 2002.
- Madame Anémone, formatrice, Association d'alphabétisation L'A.L.P.E.S, 6 juin 2002.
- Monsieur Camomille, Chef de service, Police Municipale de Pierre-Bénite, 5 juin 2002.
- Madame Cresson, Gardien, Police Municipale de Pierre-Bénite, 11 juin 2002.
- Madame Erable, Secrétaire, Police Municipale de Pierre-Bénite, 11 juin 2002.
- Madame Fougère, Agent de Médiation et de vie sociale, Foyer Sonacotra, 5 juin 2002.
- Monsieur Gui, travailleur social chargé de l'accueil des réfugiés, Foyer Sonacotra, 5 juin 2002.
- Madame Cerise, Animatrice, Bureau Information Jeunesse, 4 juin 2002.
- Madame Pomme, Animatrice, Hôtel de Ville de la Jeunesse, 4 juin 2002.
- Madame Houblon, Responsable, Maison départementale du Rhône, Irigny, 26 juin 2002.
- Madame Luzule, Secrétaire accueil, Mairie de Pierre-Bénite, 2 juillet 2002.
- Madame Méléze, Assistante sociale, Collège Marcel Pagnol, 27 juin 2002.
- Monsieur Buis, Principal, Collège Marcel Pagnol, 4 juillet 2002.
- Madame Muguet, médiatrice, Association de médiation AMELI, 5 juillet 2002.
- Monsieur Cyprès, Responsable Service Enfance – Jeunesse, Mairie de Pierre-Bénite 27 juin 2002.
- Madame Roseau, Assistante Sociale, Maison du Développement, 9 juillet 2002.
- Madame Roquette, infirmière, C.M.P de Saint-Genis Laval, 6 juin 2002.
- Monsieur Choux, travailleur social, Association REGIS, 11 juin 2002.
- Madame Sorbier, Mission locale, Oullins, 27 août 2002.
- Madame Tilleul, médecin, Centre de santé Benoît Frachon, 29 juillet 2002.

- Docteur Tarissan, psychiatre, chef de service, secteurs 18 et 19, Hôpital Saint-Jean de Dieu, 30 juillet 2002.
- Monsieur Valériane, éducateur, protection judiciaire de la jeunesse, 11 juillet 2002.
- Madame Violette, Chef de projet, Contrat de ville de Pierre-Bénite, 22 octobre 2003.
- Entretien avec Madame Rhubarbe, animatrice à la Maison de Quartier, 9 juillet 2002.

- Entretiens collectifs et observation non participante
 - Equipe Interface 9^{ème}, Nicole Arrio, psychiatre, Jean-Baptiste Pommier, sociologue, une heure et 5 minute, 10 juillet 2002.
 - Equipe du centre médico-psychologique de Saint-Genis Laval, 27 juin 2002.
 - 3 réunions de la commission santé, Contrat de Ville, commune de Pierre-Bénite, 14 mai 2002, 28 juin 2002, 22 septembre 2002.

3) Divers

- Conseil local de santé mentale du XXème Arrdt Paris
 - Entretien avec Monsieur Basilic, animateur du conseil local de santé mentale du XXème arrondissement de Paris, 28 octobre 2003, 2 heures et quarante minutes.
 - Réunion du Conseil local de santé mentale du XX^{ème} arrondissement de Paris, Thème "Les maltraitances", 22 octobre 2003.

- Formation-action "Logement et psychiatrie"
 - Formation-action "Logement et psychiatrie", Economie & Humanisme-DDASS, Lyon, 16 et 17 octobre 2003.

Grille d'entretien des membres de l'équipe psychiatrique

- Identification du professionnel :
 - Nom
 - Age
 - Statut
 - Profession
 - Ancienneté dans la profession
 - Ancienneté dans le service

-
- Partage du temps de travail entre l'intra et l'extrahospitalier
 - Partage du temps public/privé
 - La Pratique
 - Ces dix dernières années, qu'est-ce qui a modifié votre pratique quotidienne des soins ?
 - Comment définiriez-vous une pratique de secteur ?
 - Depuis quand pensez-vous qu'elle existe ?
 - Quel bilan en faites-vous?
 - Le débat réseau/secteur
 - On parle beaucoup de réseau de santé mentale : faites vous une différence avec une pratique de réseau ?
 - Que pensez-vous de l'émergence de la catégorie "souffrance psychique"?
 - La culture professionnelle
 - Qu'est-ce qui fait votre identité?
 - Y a-t-il des nouvelles professions avec lesquelles vous travaillez depuis une dizaine d'années?
 - On parle d'une crise de la psychiatrie, qu'en pensez-vous ?
 - Cadre légal
 - La loi du 27 juin 1990 a-t-elle changé quelque chose ?
 - Et l'article 122-1 du Code Pénal ?

Grille d'entretien pour les acteurs de Pierre-Bénite

- Identification de la structure et du professionnel
- Identification de la souffrance psychique
 - Quelle définition donneriez vous de la " souffrance psychique " ?
 - Pouvez-vous donner un exemple de cas correspondant à une situation de souffrance psychique ?
- Identification des modalités de réponse

- Comment répondez-vous à cette souffrance psychique ?
- Pouvez-vous donner des exemples de cas

- Etat du réseau
 - Quels sont les partenaires avec lesquels vous pouvez être amenés à avoir des liens ?*
 - Selon quelles modalités (type de lien : formel ou informel, qualité du lien, urgence ou régularité) ?

*Liste des partenaires potentiels :

- Structures de soins : Centre de santé HCL Sud, Médecins libéraux, Infirmiers libéraux, Psychologues, thérapeutes, psychiatres libéraux, CMP secteur (adulte et enfant), PMI, CATTP, HP Saint Jean de Dieu
- Structures sociales : Planning familial, Association toxicomanie, Association alcoolisme, Association souffrance psy, Institutionnels d'info et d'accompagnement social, CCAS, MDR, BIJ-H2VJ, Accueil Mairie, Contrat de ville - Développement social, Sauvegarde de l'enfance
- Structures Police/justice : Police municipale, Police nationale, Parquet, Juges, Protection judiciaire de la jeunesse, Etablissements pénitentiaires, Aide aux victimes, Médiateurs, Agent Développement CCPD
- Structures éducatives et socio-éducatives : Etablissements scolaires (primaires, Collège), Structures éducatives spécialisées, Les Eclaireurs, MJC, Association d'alphabétisation (ALPES), Maison des Roches, Crèches, ,
- Structures d'insertion économique : ANPE, Mission locale, Agent de développement économique, Entreprises d'insertion, CAT
- Associations caritatives : Secours populaire, Restos du cœur
- Structures d'hébergement : Bailleurs, Foyers d'hébergement, Foyers d'hébergement d'urgence.

Glossaire

- **Etiologie** : Etude des causes des maladies.
- **Neuroleptique** : Se dit des médicaments qui exercent une actions calmante globale sur le système nerveux.
- **Névrose** : Affection caractérisée par des troubles affectifs et émotionnels (angoisse, phobies, obsessions, asthénie), dont le sujet est conscient mais ne peut se

débarasser et n'altèrent pas l'intégrité de ses fonctions mentales.

- **Nosographie** : Description et classification méthodique des maladies.
- **Nosologie** : Discipline médicale qui étudie les caractères distinctifs des maladies en vue de leur classification méthodique.
- **Paraphrénie** : Délire chronique reposant sur des mécanismes de fabulation.
- **Phrénologie** : Etude du caractère, des facultés dominantes d'un individu, d'après la forme de son crâne.
- **Psychopathologie** : Etude des troubles mentaux, science de base de la psychiatrie.
- **Psychose** : Maladie mentale affectant de manière essentielle le comportement et dont le malade ne reconnaît pas le caractère morbide.
- **Sémiologie** : Partie de la médecine qui étudie les signes de la maladie.
- **Thymique** : qui concerne les thymies, l'humeur en général.

Table des abréviations

- **ADIAP** Association Départementale Interfédérale pour l'Aide Familiale
- **ANAES** Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation de Santé
- **CASP** Comité d'Action Syndicale de Psychiatrie
- **CAT** Centre d'Adaptation par le Travail
- **CATTP** Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- **CDHP** Commission départementale des Hospitalisations Psychiatriques
- **CHG** Centre Hospitalier Général
- **CHS** Centre Hospitalier Spécialisé
- **CME** Commission Médicale d'Etablissement
- **CMP** Centre Médico-psychologique
- **COTOREP** Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
- **DGS** Direction Générale de la Santé
- **DH** Direction de l'Hospitalisation
- **DHOS** Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- **DIM** Département d'Information Médical
- **DMS** Durée Moyenne de Séjour
- **DSM** Diagnostical and Statistical Manual of Diseases
- **ETP** Equivalent Temps Plein
- **EUFAMI** Fédération européenne des associations des familles de patients atteints de

maladies mentales

- **FNAPSY** Fédération Nationale des Associations de Patients et (Ex) Patients "Psy"
- **HDT** Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
- **HO** Hospitalisation d'Office
- **HP** Hôpital Psychiatrique
- **HSC** Hospitalisation sans consentement
- **MAS** Maison d'Accueil Spécialisé
- **OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- **ORSPERE** Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion.
- **PJJ** Protection judiciaire de la Jeunesse
- **PMI** Protection Maternelle Infantile
- **PMSI** Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
- **SMPR** Service Médicopsychologique Régional
- **SNPH** Syndicat National des Praticiens Hospitaliers
- **SPEP** Syndicat national d'exercice public
- **SPH** Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
- **UCSA** Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
- **UMD** Unité pour Malades Difficiles
- **UNAFAM** Union Nationale des Amis et Familles de Malades
- **UNAPEI** Union Nationale des associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées mentales
- **USP** Union Syndicale de la Psychiatrie
- **SUP** Syndicat Universitaire de la Psychiatrie
- **SPEP** Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public
- **SPH** Syndicat des Psychiatres Hospitaliers
- **SPS** Syndicat de la psychiatrie de Secteur

Archives

Localisation	Cote	Service versant	Cartons	Descriptif	Accès
Centre des archives contemporaines de Fontainebleau	19790704	- Ministère de l'Emploi et de la solidarité - Direction Générale de la Santé - Sous-Direction de la santé des populations, santé mentale, toxicomanie, - Bureau 3 C-Psychiatrie	n° 1 n°21	- Commission des Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale Procès verbaux de réunion 1970-1975 - Statistiques OMS sur les hôpitaux psychiatriques	Autorisé
	19910084	- Ministère de l'Emploi et de la solidarité - Direction Générale de la Santé - Sous-Direction de la santé des populations, santé mentale, toxicomanie, - Bureau 3 C-Psychiatrie	n°28 n°29 n°30	Commission des Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale Procès verbaux de réunion 1968-1982	Autorisé
	20030596		n° 1	Rapport "Une voie française pour une psychiatrie différente" (dit "Rapport Demay", 1982) : - documents d'élaboration, - correspondance, - contributions individuelles ou collectives, - contributions d'organismes et association, - discours de Jack Ralite à Sotteville-les Rouen (12/10/81)	Autorisé

De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)

Localisation	Cote	Service versant	Cartons	Descriptif	Accès
Centre des archives contemporaines de Fontainebleau	19830520	- Ministère de la Santé - Direction Générale de la Santé - Sous-Direction de l'organisation des soins et des programmes médicaux - Bureau Psychiatrie	n°3 et n°8	- Assises nationales de la psychiatrie publique, Paris, 13 et 14 novembre 1975 - Congrès annuel du Syndicat national des Psychiatres des Hôpitaux, résolutions.	Non autorisé Motif : amiante
	760163	- Ministère de la Santé - Direction Générale de la Santé - Bureau maladies mentales, alcoolisme et toxicomanie		Commission d'études des problèmes de santé mentale puis Commission des Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale (Procès verbaux de réunion, 1947-1968)	Non autorisé Motif : amiante
	820322	- Ministère de la Santé - Direction Générale de la Santé - Sous-Direction de l'organisation des soins et des programmes médicaux - Bureau Psychiatrie	n°1 et n°7	- Préparation des circulaires de décembre 1973 et mai 1974 - Statut des médecins des hôpitaux psychiatriques (décret du 7 octobre 1954, divers projets de statut, préparation du décret du 10 mars 1970)	Non autorisé Motif : amiante

Bibliographie

Ouvrages, et thèses

F. Basaglia et F. Basaglia-Ongaro, *La majorité déviante : L'idéologie du contrôle social total*, Paris, Einaudi Editore, Collection 10/18, 1976.

Luc Boltanski et Eve Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, Coll. Essais, 1999.

Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Fayard / Points Seuil, 2001.

Philippe Braud, *L'émotion en politique*, Paris, Presses de la FNSP, 1996.

R. Bucher, A. Strauss, "Profession in process" (1961), traduit dans A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

Robert Castel, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Editions de Minuit, 1976.

Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (1943), Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1993.

Auguste Comte, *Discours sur l'esprit positif* (1842) Paris, Vrin, Coll. Bibliothèque des textes philosophiques.

- Mary Douglas**, *Comment pensent les institutions*, Paris, La découverte / Syros, Coll. La Revue du M.A.U.S.S., 1999.
- Claude Dubar**, *Sociologie des professions*, Paris, Armand-Colin, 1998.
- Claude Dubar**, Pierre Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, Armand-Colin, Collection U, 1998.
- Emile Durkheim**, *De la division du travail social* (1893), Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1996.
- Emile Durkheim**, *Les formes élémentaires de la vie religieuse* (1912), Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1998.
- Émile Durkheim**, *Montesquieu et Rousseau. Précurseurs de la sociologie*, Note introductive de Georges Davy, Paris, Librairie Marcel Rivière et Cie, Les Classiques de la sociologie, 1966
- Emile Durkheim**, "L'origine de l'idée de droit" Extrait de la *Revue philosophique*, 1893, 35, pp. 290 à 296, Edition électronique, www.ucaq.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/
- Norbert Elias**, *Les Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard, 1997.
- Alain Erhenberg**, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, Coll. Poche, 2000.
- Didier Fassin**, *L'espace politique de la santé , Essai de généalogie*, Paris, PUF, Coll. Sociologies d'aujourd'hui, 1996.
- Didier Fassin**, Jean-Pierre Dozon (dir), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, Coll. Voix et Regards, 2001.
- Michel Foucault**, *L'Archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 1969.
- Michel Foucault**, *Résumé de cours, 1970-1982*, Conférences, essais et leçons du collège de France, Paris, Julliard, 1989.
- Michel Foucault**, *Maladie mentale et psychologie* (1954), Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1997.
- Michel Foucault**, *Le pouvoir psychiatrique*, Cours au collège de France 1973-1974 (leçon du 23 janvier 1974), Paris, Gallimard & Seuil, 2003.
- Michel Foucault**, *Naissance de la clinique*(1963), Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1990.
- Michel Foucault**, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, Tel, 1972,
- Michel Foucault**, *Les anormaux*, Cours au Collège de France (1974-1975), cours du 12 février 1975, Gallimard, Seuil, 1999.
- Elliot Freidson**, *La profession médicale* (1970), Paris, Payot, 1984.
- Julien Freund**, *L'essence du politique* (1965), Paris, Sirey, 1986.
- Marcel Gauchet**, *La démocratie contre elle-même*, Paris, Gallimard, Tel, 2002.
- Erwin Goffman**, *Asiles, Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Editions de Minuit, Le sens commun, 1968
- André Green**, *Un psychanalyste engagé, Conversations avec Manuel Marcias*, Calmann-Lévy, Pluriel, 1994.

-
- Thierry Haustgen**, *Une histoire des psychoses*, Paris, Editions Norbert Attali, 1997.
- Everett Hugues**, *Men and their work*, Glencoe, The Free Press, 1952.
- Everett Hughes**, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblées et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Editions de l'EHESS, Coll. Recherches d'histoire et de sciences sociales, 1996.
- Michel Joubert**, *Santé mentale. Ville et violences*, Toulouse, Erès, 2003.
- Hans Kelsen**, *Théorie générale des normes*, Paris, PUF, Léviathan, 1996.
- Hans Kelsen**, *Théorie pure du droit* (1934), Boudry-Neuchâtel, Editions de la Baconnière, Collection "être et penser", 1988.
- Georges Lantéri-Laura**, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps, Coll. Esquisses, 1998.
- Pierre Lascoumes**, *L'éco-pouvoir. Environnement et politiques*, Paris, La Découverte, 1994.
- Claude Lévi-Strauss**, *Anthropologie structurale II*, Paris, Plon, Coll. Agora, 1974.
- André Loubière**, *Demain la psychiatrie*, Fédération de la Santé et du Social, CFDT, Editions Multiple, 1994, p. 114.
- René Lourau**, *L'analyse institutionnelle*, Paris, Editions de Minuit, Coll. Arguments, 1970.
- Claude Louzoun et Denis Salas** (dir), *Justice et psychiatrie : normes, responsabilité, éthique*, Toulouse, Erès, 1997.
- Dominique Memmi**, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, Coll. Textes à l'appui, 2003.
- Albert Ogien**, *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Méridiens Klincksiek, Coll. Réponses sociologiques, 1989.
- Sandra Philippe**, *Souffrance psychique et action publique. L'institutionnalisation de la norme 'santé mentale' dans le dispositif psychiatrique girondin*, Thèse de doctorat en science politique, dir. Claude Sorbets, Université Montesquieu, Bordeaux IV, novembre 2002.
- Patrice Pinel**, *Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)*, Cahiers de recherche de la MiRe, Paris, La Documentation Française, juin 2002.
- Philippe Rappard**, *La folie et l'Etat. Aliénation mentale et aliénation sociale*, Toulouse, Privat, Coll. Domaines de la psychiatrie, 1981.
- Philippe Rappard**, *Justice et Psychiatrie*, Toulouse, Erès, 1998.
- Philippe Rappard**, *L'Etat et la psychose*, Paris, L'Harmattan, Coll. Psychanalyse et civilisations, 2000.
- Anselm Strauss**, *La trame de la négociation*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques sociales, 1992.
- Gladys Swain et Marcel Gauchet**, *La pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard, 1980.
- Thomas Szasz**, *Ideology of insanity*, New York, Anchor Books, 1970.

Max Weber, *Economie et société*, volume 1, Paris, Press Pocket, Agora, 1995.

Traités et codes juridiques

F. Desportes, F. Le Gunehec, *Droit pénal général*, Paris, Economica, Coll. Corpus Droit Privé, 2002.

Code de Procédure Pénale, Litec, Edition 2002.

Evelyne Bonis-Garçon, "Troubles psychiques, malades mentaux", *Répertoire pénal Dalloz*, octobre 2002.

Code Pénal annoté, 1^{ère} édition, refondue par M. Rousselet, M. Patin et M. Ancel, tome I, Paris, Recueil Sirey, commentaire sous article 64, spécialement n°25.

Code Pénal, Dalloz, 2003.

Code de Procédure Pénale, Litec, Edition 2002.

Code Civil, Dalloz, Edition 2003.

Pierre Bouzat, Jean Pinatel, *Traité de droit pénal et de criminologie*, tome I, Paris, Dalloz, 1970.

Les délinquants anormaux mentaux, Publication du Centre d'étude de défense sociale de l'Institut de droit comparé, Université Paris VII, Editions Cujas, 1959.

Ouvrages psychiatriques

G. Ballet, *L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité* (1907), Paris, L'Harmattan, 1999.

F. Basaglia, *La majorité déviante. L'idéologie du contrôle social total*, Paris, Einaudi Editore, Coll. 10/18, 1976.

Ludwig Binswanger, *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne* (1947), Paris, Gallimard, Coll. tel, 1970.

Lucien Bonnafé, *La psychanalyse de la connaissance*, Toulouse, Erès, 2002.

Docteur Brachet, *La psychiatisation des problèmes pénaux*, thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Université Bordeaux II, Bordeaux, Editions Bergeret, 1982.

Charles Brisset, *L'avenir de la psychiatrie en France*, Paris, Payot, Coll. Science de l'homme, Paris, 1972.

Alain Buzaré, *La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie*, Lecques, Editions du champ social, Coll. Psychothérapie institutionnelle, 2002.

Michel Cadoret (dir), *La folie raisonnée*, PUF, Nouvelle Encyclopédie Diderot, 1989.

-
- Catherine Canillot**, La loi du 30 juin 1838 : impossible réforme ?, Thèse de médecine de l'Université Claude Bernard, Lyon, 1983.
- Daniel Cooper**, Psychiatrie et anti-psychiatrie, Paris, Seuil, Coll. Point, 1970.
- Joseph Daquin**, Philosophie de la folie (1791), Paris, Frénésie Editions, 1987.
- Jean Etienne Esquirol**, Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'Aliénation mentale (1805), Thèse de l'Ecole de médecine de Paris, Paris, Librairie des deux mondes, 1980.
- Jean-Etienne Esquirol**, article "Manie, Dictionnaire des sciences médicales, tome XXX, Paris, C.L.F. Panckouke, 1818.
- Jean-Etienne Esquirol**, Traité des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, volume II, Paris, J-B Baillière, 1838.
- Ludwik Fleck**, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftliche Tatsache, 1935, traduction anglaise : The Genesis and Development of a scientific Fact, Chicago, The University of Chicago Press, 1979.
- Sigmund Freud**, "La psychanalyse en matière judiciaire" (1906), Essai de psychanalyse appliquée, traduction M. Bonaparte et E. Marty, Paris, Gallimard, coll. NRF, 1933.
- Etienne Georget**, De la folie, Paris, Crevot, 1820.
- Etienne Georget**, Discussion médico-légale sur la folie ou aliénation mentale suivi de L'examen du procès criminel d'Henriette Cormier, et de plusieurs autres, Paris, Migneret, 1826.
- Marcel Jaeger**, Le désordre psychiatrique, des politiques de la santé mentale en France, Payot, Collection "Médecine et Société", 1981.
- Roger Gentis**, Les murs de l'asile, Paris, Maspéro, 1970.
- André Green**, Un psychanalyse engagé, Conversations avec Manuel Marcias, Paris, Calmann-Lévy, Coll. Pluriel, 1994.
- C. Kottler, J. Gouyon, J.-L. Senninger, G. Robbe**, L'Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, Elsevier, 1998.
- Jacques Lacan**, Ecrits, Paris, Seuil, Coll. Le Champ Freudien, 1966.
- R. D. Laing**, Le moi divisé (1960), Paris, Stock, 1993.
- Eugène Minkowski**, La schizophrénie (1927), Paris, Editions Payot et Rivages, 2002.
- Eugène Minkowski**, Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1933.
- Philippe Pinel**, Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Paris, Editions Richard, Caille et Ravier, 1801.
- Philippe Pinel**, Médecine clinique, Editions J. A. Brosson, 1815.
- Jacques Postel, Claude Quétel**, Nouvelle histoire de la psychiatrie, Paris, Dunod, 1994.
- Juan Rigoli**, Lire le délire, Paris, Fayard, 2001.
- Jean-Luc Roelandt**, Patrice Desmons, Manuel de psychiatrie citoyenne, L'avenir d'une désillusion, Paris, Editions In Press, 2002.

Herman Simon, Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique (1929), Berlin, Edition W. de Gruyter, traduction française à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, 1955.

F. Toucouère, De l'incidence de l'irresponsabilité pénale sur l'évolution clinique des psychoses, Thèse de médecine, Faculté de médecine de la Pitié Salpêtrière, Paris, 1983.

A. Tuffelli, Problèmes posés par la dangerosité des patients placés ou retenus selon les modalités du placement d'office avec ou sans non-lieu judiciaire, Thèse de médecine, Faculté de médecine de la Pitié Salpêtrière, Paris, 1987.

Contributions à des ouvrages collectifs

Jean Ayme, "L'article 122-1 du Code Pénal, ou comment ne fut pas résolu le paradoxe du fou criminel ?", Thierry Alberne (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, Paris, Ellipses, 1997.

Sophie Baron-Laforêt, "Psychiatrie en milieu pénitentiaire", Raymond Lepoutre, Jean de Kervasdoué (dir.), *La santé mentale des Français*, Paris, Odile Jacob, 2002.

Yves Bernard (pseudonyme), "L'évolution de 1938 à aujourd'hui", Raymond Lepoutre, Jean de Kervasdoué (dir.), *La santé mentale des Français*, Paris, Odile Jacob, 2002.

Franck Chaumont, "Folie et responsabilité", Claude Louzon et Denis Salas (dir.), *Justice et psychiatrie*, Toulouse, Erès, 1997.

Jacques Commaille, "De la sociologie juridique à une sociologie politique du droit", Jacques Commaille, Laurence Dumoulin, Cécile Robert (dir.), *La juridicisation du politique*, Paris, LGDJ, Coll. Droit et société, 2000.

Pierre Couvrat, "Maladie mentale et droit pénal", Thierry Alberne (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, Paris, Ellipses, 1997.

Christine Dourlens, "Action collective, engagement privé : la régulation par les chartes", André Micoud, Michel Peroni (dir.), *Ce qui nous relie*, Paris, Editions de l'Aube, Coll. Société et Territoire, 2000.

T. Douraki, "Droit européen et psychiatrie", A. V. Tramoni (dir.), *Ethique médicale et psychiatrie*, Paris, Masson, Coll. "Médecine et psychothérapie", 1997.

Marcel Jaeger, "L'articulation du sanitaire, du médico-social et du social", Raymond Lepoutre, Jean de Kervasdoué (dir.), *La santé mentale des Français*, Paris, Odile Jacob, 2002.

Martine Kaluszynski, "Autour du pénal, d'une histoire des idées à une socio-histoire du politique", Jacques Commaille, Laurence Dumoulin et Cécile Robert (dir.), *La juridicisation du politique*, Paris, LGDJ, Coll. Droit et société, 2000.

Pierre Lascoumes, "Gouverner par les instruments, ou comment s'instrumentalise l'action publique ?", Jacques Lagroye (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, Coll. Socio-histoires, 2003.

- Christian Laval**, "La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale", André Micoud, Michel Peroni (dir.), *Ce qui nous relie*, Paris, Editions de l'Aube, Coll. Société et Territoire, 2000.
- Raymond Lepoutre**, "La santé mentale en chiffres", Raymond Lepoutre, Jean de Kervasdoué (dir.), *La santé mentale des Français*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- Catherine Martin Le Ray**, "La psychiatrie et l'articulation sanitaire-sociale en santé mentale", Raymond Lepoutre, Jean de Kervasdoué (dir.), *La santé mentale des Français*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- Gérard Massé**, "Propositions pour une évolution des institutions psychiatriques en France", in *La psychiatrie éclatée*, Centre Aquitain de Recherche sur les problèmes de santé, juin 1994, n°10.
- Jacques Michel**, "La folie ne fait pas droit", Nathalie Robatel (dir.), *Le citoyen fou*, Paris, PUF, Nouvelle Encyclopédie Diderot, 1991.
- Jacques Michel**, Pauline Rhenter, "L'identité psychiatrique publique à l'épreuve", Claude Louzoun, Michel Joubert (dir.), *Savoirs de la souffrance sociale, praticiens de la souffrance psychique*, Erès, à paraître en 2005.
- Olivier Paye**, "Approche socio-politique de la production législative : le droit comme indicateur de processus de décision et de représentation politique", Jacques Commaille, Laurence Dumoulin, Cécile Robert (dir.), *La juridicisation du politique*, Paris, LGDJ, Coll. Droit et société, 2000.
- Serge Portelli**, "La pratique de l'article 122-1 du Nouveau Code Pénal", Claude Louzon, Denis Salas (dir.), *Justice et psychiatrie*, Toulouse, Erès, 1997.
- François Rangeon**, "Réflexion sur l'effectivité du droit", *Les usages sociaux du droit*, CURAPP, Paris, PUF, 1989.
- Philippe Rappard**, "Les réseaux en psychiatrie : place de la clinique?", Denis Parvis (dir.), *Psychiatrie et réseaux : innovations ou nouveaux conformismes?*, Association scientifique Paris-Maison Blanche, Paris, 2004.
- M. Reynaud, A. Gallot, L. Lefèvre**, "La politique de santé mentale en France", V. Kovess, A. Lopez, J.-C. Pénocet (dir.), *Psychiatrie années 2000*, Paris, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 2000.
- Jean-Paul Ségade**, "Culture et santé sont étroitement liées", *Le Vinatier un hôpital en travail*, Editions la Ferme du Vinatier, 1999.

Revue scientifique

- Bernard Allemandou**, "Les politiques de santé mentale sous la Vème république", *La psychiatrie éclatée*, Centre Aquitain de Recherche sur les Problèmes de Santé, Bordeaux, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, Sociologie-Santé, juin 1994, n°10.
- Maryse Bresson**, "Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse

évidence", *Cahiers Internationaux de sociologie*, Volume CXV, juillet-septembre 2003.

Paul-Louis Brétécher, "Foucault, à contre-temps", *Cahiers Pollen*, Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie, n°4.

Vincent du Bled, "Les aliénés en France", *Revue des deux mondes*, novembre 1886.

Pierre Bourdieu, "La force du droit. Eléments pour une sociologie du champ juridique", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°64, septembre 1986.

Robert Castel, "De la dangerosité aux risques", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°47-48, 1983.

Robert Castel, "Situation d'expertise et socialisation des savoirs", Table ronde organisée par le Cresal, Saint Etienne, 14 et 15 mars 1985, Edition du CRESAL, 1985, 1^{ère} édition.

François Cloutier, "Des définitions nombreuses, mais jamais satisfaisantes", *Problèmes politiques et sociaux*, Dossier "Santé mentale et société" réalisé par Anne M. Lovell, La documentation française, n°899, avril 2004.

Jacques Commaille, Jean-François Perrin, "Le modèle de Janus de la sociologie du droit", *Droit et société*, n°1, Paris, LGDJ, 1985.

Lise Demailly, "Les métiers relationnels de service : approche gestionnaire, approche politique", *Lien social et politique*, RIAC, 40, automne 1998.

Lise Demailly, "La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels", *Travail et emploi*, n°76, 1998.

Émile Durkheim, "L'origine de l'idée de droit.", *Revue philosophique*, n°35, 1893.

Dominique Gaucher, "L'organisation des services en santé mentale au Québec : tendances actuelles", *Sociologie et sociétés*, Volume XVII, n°1, avril 1985.

Marcel Jaeger, "L'articulation du sanitaire, du médico-social et du social", in Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué (dir), *La santé mentale des français*, Odile Jacob, Paris, 2002.

Pierre Lascoumes, Jean-Pierre Le Bourhis, "Des passe-droits aux passes du droit. La mise en œuvre socio-juridique de l'action publique", *Droit et société*, n° 32, 1996.

Jacques Michel, "Par-delà la loi du 30 juin 1838 : la rationalité juridique", *L'information psychiatrique*, n°6, juin 1988.

J-P Olivier de Sardan, "La logique de la nomination", *Revue Sciences sociales et santé*, vol XII, n°3, 1994.

Patrice Pinell, "Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000)", *Cahiers de recherche de la MiRe*, La Documentation Française, n°15, avril 2003.

Revue psychiatriques

Rhizome

- Comité de rédaction**, "La psychiatrie publique en chantiers", *Rhizome*, décembre 2002.
- Thierry Bougerol**, "La psychiatrie, une discipline médicale", *Rhizome*, n°8, avril 2002.
- Philippe Davézies**, "Le métier de psychiatre et la précarité", *Rhizome*, n°8, avril 2002.
- Pierre Delion**, "La psychiatrie publique en question", *Rhizome*, n°8, avril 2002.
- Bertrand Piret**, "Précarité oedipienne, psychanalyse et psychiatrie publique", *Rhizome*, n°8, avril 2002.
- Jean-Pierre Vignat**, "Santé mentale, psychiatrie, souffrance psychique", *Rhizome*, n°8, avril 2002

Pratiques en santé mentale

- Bernard Durand**, psychiatre, "Protocoles, à quelles conditions ?", *Pratiques en santé mentale*, n°3, 2003.
- Patrick Alary, Jean-François Golse**, "La démarche qualité au service de l'institution : un pari fou ? Réflexions sur les enjeux de la méthode", *Pratiques en santé mentale*, n°3, 2003.
- Bernard Durand**, "Protocoles, à quelles conditions ?", *Pratiques en santé mentale*, n°3, 2003.
- Jean Furtos**, "Desespoir professionnel et bisexualité", *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2004.
- Marc Hayat**, "Politique d'évaluation, évaluation de la politique", *Pratiques en santé mentale*, n°3, 2003.
- Marie-Christine Hiebel**, «Négoce de soins ?», *Pratiques en santé mentale*, n°3, 2003.
- Cathy Landa**, "Le réseau, espoir ou contrainte ?", *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2004.
- Michel Lecarpentier**, Rapporteur de l'atelier n°1 "Le réseau, espoir ou contrainte ?", *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2004.
- Jean Oury**, "De l'inestimable du travail psychiatrique", *Pratiques en santé mentale*, n°3, 2003.
- Marcel Sassolas**, "La souffrance psychique des soignants", *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2004.

Psychiatrie française

Guy Baillon, "Institution et psychiatrie", *Psychiatrie Française*, n°1, mars 1997.

Claude Cherki-Nicklès, "D'une scène à l'autre : phénoménologie du procès", *Psychiatrie Française*, n°1, 1994.

Irène François, Patrice Guillet, André Marin, "Le psychiatre et la loi", *Psychiatrie Française*, n°1, mars 1994.

Paul Hivert, "Vers un nouvel article 64 du Code Pénal", *Psychiatrie française*, n°1, janvier-février 1985.

Simon-Daniel Kipman, Présentation, " Responsable mais pas coupable", *Psychiatrie Française*, n°1, mars 2001.

Philippe Rappard, "Le crime n'est plus annulé", *Psychiatrie française*, n°1, mars 1994.

Revue de Psychothérapie institutionnelle

Pierre Guattari, "La transversalité", *Revue de Psychothérapie institutionnelle*, n°1, 1965.

François Tosquelles, "Pédagogie et psychothérapie institutionnelle", *Revue de psychothérapie institutionnelle*, n°2-3, 1966.

Perspectives Psychiatriques

Patrick Clervoy, Sylvie Védrines, "Origine et développements des manuels statistiques et diagnostiques des troubles mentaux", *Perspectives psychiatriques*, n°4, oct-nov. 1996.

Jean-Pierre Martin, "Critique de la santé mentale", *Perspectives psychiatriques*, n°4, septembre-octobre 2002.

L'Information Psychiatrique

Georges Daumézon, "Editorial", *L'information psychiatrique*, n°1, août 1945.

Conseil du Syndicat des Médecins des hôpitaux psychiatriques, "Les problèmes psychiatriques actuels", *L'information psychiatrique*, n°4 décembre 1945.

Xavier Abély, "Avant projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux", *L'information psychiatrique*, n°6, février 1946.

Compte-rendu des Journées Psychiatriques Nationales de 1947, *L'information psychiatrique*, n°6, mars 1947.

H. Ey et H. M. Gallot, «Projet de réglementation de l'exercice de la psychiatrie, en secteur privé et en secteur public», *L'information psychiatrique*, n°7, mai 1947.

Georges Daumézon, "Crise de recrutement...crise de la psychiatrie", *L'information*

psychiatrique, n°9, juin-juillet 1947.

René Bessère et Louis Le Guillant, "La crise de la psychiatrie", *L'information psychiatrique*, n°2, novembre 1947.

Docteur Logre, article paru dans *Le Monde* le 10 février 1948, reproduit dans *L'information psychiatrique*, n°7, avril-mai 1948.

Agnès Masson, "Les principes d'une assistance nouvelle" Cahors, Impression A Coueslant, 77052, dans *L'information psychiatrique*, supplément au n°8, juin 1948.

Georges Daumézon, "L'application pratique des thèses nouvelles en assistance psychiatrique", extrait d'une conférence donnée à l'ENSP du 13 mars 1948, *L'information psychiatrique*, n°9, septembre 1948.

– "Le problème de la santé mentale en France", memorandum rédigé par **le Conseil syndical du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques**, *L'information psychiatrique*, n°2, février 1950.

Lucien Bonnafé, "Situation et perspective du médecin des hôpitaux psychiatriques", *L'information psychiatrique*, n°4, mai 1952.

Xavier Abély, Lucien Bonnafé, Georges Daumézon, "Des dispositions à inclure dans le Code Civil concernant les malades mentaux", Rapport présenté le 25 mars 1952 à la Commission des Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale, *L'information psychiatrique*, n°4, juin 1952.

Compte-rendu de réunion de la Commission des Maladies Mentales, *L'information psychiatrique*, n°1 janvier 1957.

"Répartition du personnel médical et administratif des hôpitaux psychiatriques", *L'information psychiatrique*, n°2, février 1957.

Compte-rendu de la réunion du Conseil syndical du 25 février 1957, *L'information psychiatrique*, n°3, mars 1957.

Xavier Abély "Où en est la qualification de Neuropsychiatrie ?", *L'information psychiatrique*, n°5, mai 1957.

Xavier Abély, *L'information psychiatrique*, n°6, juin 1957.

"Lettre du Professeur. Dechaume à Monsieur Debré, Président du Comité interministériel" (3 janvier 1960) *L'information psychiatrique*, n°1, janvier 1960.

Hubert Mignot, "Du retentissement de la réforme hospitalo-universitaire sur la psychiatrie française", *L'information psychiatrique*, n°2, février 1960.

Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 24 novembre 1959, *L'information psychiatrique*, n°4, avril 1960.

Hubert Mignot, "Réflexions sur des principes d'organisation de la lutte contre les maladies sociales", *L'information psychiatrique*, n°4, avril 1960.

Lucien Bonnafé, "La doctrine post-esquirolienne", *L'information psychiatrique*, n°4, avril 1960.

Michel Henne, "L'entrée en placement d'office des malades mentaux dans les établissements psychiatriques", *L'information psychiatrique*, n°5, mai 1960.

G. Bollotte, "Le scandale des internements arbitraires" (1863-1870), *L'information psychiatrique*, n°4, avril 1964.

Michel Audisio, "Problèmes de la psychiatrie de secteur en France", *L'information psychiatrique*, n° 9, septembre 1964.

Paul Balvet, "une doctrine bâtarde : la neuropsychiatrie", *L'information psychiatrique*, n°2, février 1966.

Georges Daumézon, "Réponse à l'enquête", *L'information psychiatrique*, n°9, novembre 1966.

Compte-rendu de la première assemblée générale du Syndicat des Psychiatres Français, *L'information psychiatrique*, n°9, Novembre 1967.

Philippe Koechlin, *L'information psychiatrique*, n°2, février 1968, p. 137.

Déclaration du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, *L'information psychiatrique*, Supplément au numéro 4 d'avril 68.

"Les effectifs professionnels, médecins des hôpitaux psychiatriques et neuropsychiatres", *L'information psychiatrique*, n°5, mai 1968.

Motions de la Société de L'Evolution Psychiatrique, *L'information psychiatrique*, n°5, mai 1968.

Compte rendu des travaux de la commission déontologie et justice du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, *L'information psychiatrique*, vol 53, n°3, 1977.

Lucien Bonnafé, "Thèses 1978 sur la "psychiatrie de secteur"", *L'information psychiatrique*, n°8, octobre 1978.

G. Pascalis, "Psychiatrie et liberté", *L'information psychiatrique*, n°5, mai 1979.

Michel Audisio, "Georges Daumézon, pionnier et militant de la psychiatrie de secteur", *L'information psychiatrique*, n°5, juin 1980.

Georges Daumézon, Edmond Sanquer "le secteur psychiatrique, essai d'approche de la réglementation", *L'information psychiatrique*, n°5, juin 1980.

Jacques Postel, "Un 'internement arbitraire' au milieu du XIXème siècle", *L'information psychiatrique*, n°1, 1983.

"Le point de vue du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux", *Motions du 7 octobre 1982* *L'information psychiatrique*, n°2, février 1983.

Jean Ayme, "Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle", *L'information psychiatrique*, n°3, mars 1983.

Jean Ayme, "l'antipsychiatrie", *L'information psychiatrique*, n°7, juillet 1995.

Daniel Zagury, "Clinique, éthique et mutations sociales. Rapport aux 16^{èmes} journées de *L'information psychiatrique*", *L'information psychiatrique*, n°1, janvier 1998.

"Rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques en 1998", Texte 751 du bulletin officiel 98/12, *L'information psychiatrique*, n° 5, mai 1998.

Georges Lantéri-Laura, "L'avenir de la psychiatrie : entre la neurologie et la psychologie", *L'information psychiatrique*, n°10, décembre 2000.

Daniel Zagury, "Les psychiatres d'exercice public et l'expertise", *L'information psychiatrique*, n°5, mai 2001.

Pierre Faraggi, "Hospitalisation à temps plein en psychiatrie", *L'information*

psychiatrique, n°1, janvier 2003.

Autres revues

Considérations et faits d'actualité sur la santé mentale, la Documentation française, n° 133-134, 14-21 juillet 1972.

Jean-François Bauduret, "La réforme de la psychiatrie publique", *Informations Hospitalières*, février-mars 86.

Jean-François Bauduret, *Santé mentale*, mai-juin 1988.

Michel Bénézech, "Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques", *Journal Français de Psychiatrie*, n°13, 2000.

Michel Bénézech, "Des actuels mésusages de l'article 64 du Code Pénal sur la démence au temps de l'action", *Annales Médico-psychologiques*, 1989, n°147.

P. Bourguines, B. Even, F. Hoibian, T. Mbelle, " La charte du malade. Où en est-on 10 ans après ? ", *Gestions hospitalières*, n°230, novembre 1983, et n° 232, janvier 1984.

François Cloutier, "Des définitions nombreuses, mais jamais satisfaisantes", in *Problèmes politiques et sociaux*, "Santé mentale et société", La Documentation Française, Dossier réalisé par Anne M. Lovell, avril 2004, n°899.

Georges Daumézon, "La protection de la santé mentale en France, état actuel et projets de rénovation", dactylogr., octobre 1959.

Georges Daumézon, texte destiné à un article du monde, non publié, 2 août 1976.

"La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale", septembre 2000, *Pluriels*.

L'Hygiène mentale, n°6, 1946-1947, in "Quelles psychiatrie pour notre temps", *Travaux et Ecrits de Louis Le Guillant*, Toulouse, Erès, 1984.

J.P. Escafre, "Réseaux sociaux et prises en charge hospitalières", *Cahiers de l'École nationale de santé publique*, n°2, 1988.

E. Gallet, C. Camilleri, F. Crochet, G. Laurencin, A. Nouvel, "Les psychotiques incarcérés", *Forensic*, n°3, 2000.

Claire Gekière, "Comment le consentement vint au malade mental", *Raison présente*, n°144, 2003.

M. C. Hardy-Bayle, Service de psychiatrie des adultes, Hôpital Richaud, Versailles, Editorial, *Act. Méd. Int.*, Psychiatrie (20), n°2, mars 2003.

Pierre Haïk, "Vérité judiciaire et discours psychiatrique", *Journal Français de psychiatrie*, Erès, n°13, 2000.

Jacques Lacan, "Compte rendu du Temps Vécu", *Recherches philosophiques*, n°5, 1935-1936.

Georges Lantéri-Laura, "Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif", *Journal Français de psychiatrie*, n°13, 2000.

Michel Lecarpentier, "Psychiatrie de secteur, Réseau et constellation sanitaire et sociale", Polis, psychanalyse dans la cité, 22 avril 2001 (www.psy-desir.com).

Marcel Lemonde, "L'article 64 est-il incurable ?", *Revue de science criminelle*, n°3, juillet-septembre 2002.

Pierre Marie, "Eloge de Charcot", *Revue Neurologique*, 1925, tome I.

Hubert Mignot, "Présentation de la psychiatrie de secteur", Colloque "Psychiatries, droit et libertés", Paris, 1972, *Psychiatries*, 4, 1972.

Philippe Rappard, "La psychiatrie et l'Etat, à propos de "Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat"", *L'Evolution psychiatrique*, Vol. 61, n° 2, 1996.

J.-L. Senninger, P. Tapella, "Le concept de malade difficile au risque de la sectorisation", *Nervure*, n°7, 1995.

Jean-Louis Senon, Nicolas Lafay, Nathalie Papet et Cyril Manzanera, "Psychose et prison : un équilibre impossible entre sanitaire et judiciaire", *Revue Pénitentiaire et de droit pénal*, numéro 4, décembre 2000 (www.pinel.qc.ca/psychiatrie-violence).

F. Triebisch, A. Seville, P. Horrach, P. Bujon-Pinard, C. Weisse, "Le concept de malade difficile face aux évolutions récentes de la psychiatrie", *Synapse*, n°131, 1996.

Sam Tyano, Yossi Zohar, "Le DSM IV et la psychopathologie psychanalytique", *Psychiatrie française*, volume 31, décembre 2000.

Marie-Ange Vuillermet, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *Pluriels*, n°18, septembre 1999.

Loïck Villerbu, "Le champ psychiatrique dans l'histoire des psychologues", article à paraître.

J-P. Vignat, "La santé mentale en France : état des lieux", *Santé publique* 1999, 11^{ème} année, n°2.

Xavier Vandendriessche, " Le droit des hospitalisations psychiatriques : derniers développements ", *Revue de droit sanitaire et social*, n°28, janvier-mars 1992.

Thierry Fossier, "Justice et psychiatrie : la construction d'un statut civil de l'adulte", *Médecine et droit*, n°21, 1996.

Daniel Zagury, "Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ?", *Journal Français de psychiatrie*, n°13, Erès, 2000.

Communications, journées d'étude, colloques

Pierre Lascoumes, "La productivité sociale des controverses", Intervention au séminaire "Penser les sciences, les techniques et l'expertise aujourd'hui", CNRS, Groupe d'analyse des politiques publiques, Ens-Cachan, 25 janvier 2001, www.ehess.fr/centres/koyre/textes/lascoumes.htm.

Louis Le Guillant, Intervention au groupe de Sèvres, mai 1958, «Quelle psychiatrie pour notre temps», *Travaux et Ecrits de Louis Le Guillant*, Toulouse, Erès, 1984.

- Georges Daumézon**, "La nécessité d'une loi-cadre sur la santé mentale", communication du 23 octobre 1967 à la Société Médico-psychologique de Paris, *Annales médico-psychologiques*, 1967.
- Jean Delay**, "Discours d'ouverture du premier congrès mondial de psychiatrie", *Aspects de la psychiatrie moderne*, Paris, PUF, 1956 (réédition).
- Philippe Rappard**, "Psychose, passage à l'acte et irresponsabilité pénale : prévention et liberté", in compte rendu du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXXXVème session, Limoges, 27 juin-2 juillet 1977.
- M. Audisio, J. Demay**, "Politique de secteur, conditions d'exercice des psychiatres de secteur et situation du service public de santé mentale", Communication à la société médico-psychologique, mai 1977, in *Annales médico-psychologiques*, 1977.
- G. Bles**, "De l'impuissance à l'efficacité", in *Quelle psychiatrie, quels psychiatres pour demain ?*, Premières journées nationales de la psychiatrie, Avignon, 5 à 7 mai 1983, Privat.
- Philippe Rappard et Monique Bucher-Thizon**, *La raison psychiatrique et la raison juridique*, Rapport de Médecine légale, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXVIII^{ème} session, 18-23 juin 1990, Tome III, Paris, Masson, 1991.
- Laurence Fleuret**, psychiatre, "La réinsertion des malades mentaux", Colloque "La protection des Majeurs", (Lille 20 et 21 mars 1998) organisé par l'Association Française de Psychiatrie et l'Association régionale de Psychiatrie du Nord Pas-de-calais, //psydoc-fr.broca.inserm.fr.
- Jean-Pierre Perpoil**, "La pratique institutionnelle aujourd'hui", Colloque "La protection des Majeurs" (Lille 20 et 21 mars 1998) organisé par l'Association Française de Psychiatrie et l'Association régionale de Psychiatrie du Nord Pas-de-calais, //psydoc-fr.broca.inserm.fr.
- Jean-Louis Griguer**, "La place du psychiatre dans le système de protection des majeurs incapables", Colloque "La protection des Majeurs" (Lille 20 et 21 mars 1998) organisé par l'Association Française de Psychiatrie et l'Association régionale de Psychiatrie du Nord Pas-de-calais, //psydoc-fr.broca.inserm.fr.
- Georges Lantéri-Laura**, Actes du X^{ème} Colloque de la Société Internationale d'histoire de la psychiatrie, in *L'Actualité de Georges Canguilhem*, Institut Synthélabo, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.
- Jean Furtos**, texte présenté à la Journée "Exclusions, addictions, urgences : interdisciplinarité en question", Association ASAIS, Bordeaux, octobre 1998.
- Alain Supiot**, Conférence du CNAM du 22 février 2000, www.canal-u.com.
- Philippe Rappard**, Présentation et commentaire des 19èmes journées Scientifiques Nationales de l'Association Française de Psychiatrie, "Responsable mais pas coupable", Paris, 19 et 20 janvier 2001.
- Philippe Rappard**, "Le politique et la psychiatrie", Communication au Séminaire "les cultures professionnelles, MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 30 novembre 2001.
- Journées du *Livre Blanc de la Psychiatrie*, Compte-rendu des Journées de travail des

15 et 16 mars 2002, //psydofr.fr/broca.inserm.fr/Professi /LivreBlanc/

Journées du *Livre Blanc de la Psychiatrie*, Groupe de travail "Ressources humaines, structures et moyens", H. Bokobza, Ch. Alezrah, coordinateurs, 15 et 16 mars 2002.

Michel Audisio, "La santé mentale : enjeu de subjectivité, question culturelle et problématique politique", Séminaire "Les cultures professionnelles en santé mentale", MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 24 janvier 2003

Claude Louzoun, "Les Psychiatries", Séminaire "Les cultures professionnelles en santé mentale", MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 22 mars 2002.

Loïck Villerbu, "Le champ psychiatrique dans l'histoire des psychologues", Séminaire "Les cultures professionnelles en santé mentale", MiRe/DREES, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, GREPH, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 26 avril 2002.

Lois

Loi sur les aliénés n°7443 du 30 juin 1838, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm

Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, *Journal Officiel* du 4 janvier 1968, pp.114-118.

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
www.admi.net/jo/loi70-1318.html

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, *Journal Officiel* du 1^{er} juillet 1975, extraits.

Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 modifiant l'article L. 326 du Code de la Santé Publique.

Loi de finances n°85-1403 du 30 décembre 1985, article 79, *Journal Officiel* du 31 décembre 1985, p. 15460.

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, *Journal Officiel* du 1^{er} janvier 1986, pp. 7-8.

Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988, *Journal Officiel* du 22 décembre 1988.

Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, *Journal Officiel* n°150 du 30 juin 1990., www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.

Loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm

Lois "Bioéthiques du 29 juillet 1994", www.legifrance.gouv.fr

Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, *Journal Officiel* n°139 du 18 Juin 1998.

loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, www.legifrance.gouv.fr.

Loi du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour l'année 1999,

www.legifrance.gouv.fr.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, *Journal Officiel* du 28 juillet 1999.

Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, www.legifrance.gouv.fr.

Loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 et la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, www.legifrance.gouv.fr

Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal Officiel* du 5 mars 2002, p. 4118 et suivantes.

Décrets et arrêtés

Arrêté du 14 mars 1972, Modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.

Arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement *Journal Officiel* du 19 mars 1986, pp. 4620-4621.

Décret n°74-27 du 15 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, *Journal Officiel* du 16 janvier 1974.

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, *Journal Officiel* du 19 mars 1986, pp. 4612-4613.

Arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement, *Journal Officiel* du 19 mars 1986, pp. 4620-4621.

Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, *Journal Officiel* du 23 novembre 1986, pp. 14134-14135.

Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, *Journal Officiel* du 3 janvier 1987, pp. 124-125.

Décret 91-981 du 25 septembre 1991 pour l'application des articles L 332-3 et L 332-4 du Code de la Santé Publique.

Décret no 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la Santé Publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Décret no 94-68 du 24 janvier 1994 relatif aux règles d'hémovigilance pris pour application de l'article L. 666-12 du Code de la Santé Publique et modifiant ce code (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat)

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, Code de déontologie médicale, *Journal Officiel* du 8 septembre 1995.

Annexe au Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, *Journal Officiel* du 8 septembre 1995.

Article D. 394 du Code de Procédure Pénale issu du décret n°98-1099 du 8 décembre 1998 relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires.

Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le Code de la Santé Publique.

Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 modifiant le Code de la Santé Publique.

Décret n°98-1001 du 2 novembre 2002 relatif à la commission de conciliation.

Circulaires et directives

Circulaire ministérielle n°55 du 16 juillet 1819 signée par le comte Decazes, ministre de Louis XVIII, in Bollotte G. "Il y a 150 ans...", *L'information psychiatrique*, janvier 1965, n°1, p. 59-60

Circulaire Chaumié, Article C 345 de l'instruction Générale pour l'application du Code de Procédure Pénale.

Circulaire du 26 décembre 1945 relative à la réorganisation de l'assistance publique (*L'information psychiatrique*, n°1, octobre 1946, pp. 33-35).

Circulaire du 15 mars 1960 relative au Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction Générale de la Santé Publique, 7^{ème} bureau.

Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.

Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.

Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972.

Circulaire DGS/78/MS 1 du 15 janvier 1974 sur le non cumul des fonctions de médecin et directeur des hôpitaux psychiatriques.

Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm.

Circulaire du 20 septembre 1974 relative à la charte du patient hospitalisé, BO SP-SS74/41, p 7578.

Circulaire n° 896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie.

Circulaire n°86-612 du 23 juillet 1986 du Ministre délégué auprès du Ministre des

- Affaires sociales et de l'Emploi, chargé de la santé et de la famille relative à la mise en place du conseil départemental de santé mentale (Sources DDASS Rhône).
- Circulaire du 14 mars 1990 relatives aux orientations de la politique de santé mentale, *Journal Officiel* du 3 avril 1990, pp. 4060-4069.
- Directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990 (Courrier de Jean-Simon Cayla au Médecin inspecteur de la santé de la DDASS Rhône, 9 juillet 1992).
- Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.
- Directives ministérielles du 13 mai 1991 pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990.
- Circulaire du 14 mai 1993, Code Pénal Dalloz, 1995-1996, p. 236.
- Circulaire Veil n°48/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux aux préfets de région, de département, DDASS, DRASS.
- Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1er décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.
- Circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie.
- Circulaire DGS n° 707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.
- Circulaire DGS/DAS/DIRMI n° 97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté.
- Circulaire DGS/DH n° 98-188 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.
- Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999 relative au rapport d'activité des Commissions Départementales des hospitalisations psychiatriques pour l'année 1998.
- Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.
- Circulaire DH/PMSI du 3 mai 2000 n°2000-238 relative à la réalisation d'une enquête, préalablement à la mise en place du PMSI en psychiatrie, visant à faire l'inventaire des systèmes d'information centrés sur le patient en psychiatrie, texte non paru au *Journal Officiel*.
- Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre d'ateliers "santé ville" pour les contrats de ville 2000-2006.
- Circulaire DHOS/E3/2001/N°625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI dans le cadre de l'extension du PMSI à l'activité de psychiatrie, Bulletin officiel

du ministère de l'emploi et de la solidarité, n°7, 2 mars 2002.

Circulaire n°2001-649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires

Circulaire DGS/SD6D n° 2002/ 100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS).

Circulaire n°DGS/DGAS/DHOS/DPJJ/2002/282 du 3 mai 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS).

Ordonnances

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, *Journal Officiel* du 8 septembre 2003.

Jurisprudence

Juridictions françaises :

Cass. Crim. 11 avril 1908, DP 1908. 1. 260, 28 mars 1936, Bull. Crim., n°41.

Cour cass., Crim. 27 mars 1924, Bull. Crim. n°141, Code Civil Dalloz 2003, 100ème édition, p. 103.

Cour cass., Crim, 28 mars 1936, Cour cass., Crim., 11 mars 1958, B, n°238.

Cour cass., Civ. 1, 18 avril 1989, JCP 1990, II, 21467.

Cour cass.,. Crim. 7 octobre 1992.

Cour cass., Civ. 1, 24 février 1993, D 1993, Revue trimestrielle de droit civil, 1993, n°1, p. 327.

Cour cass., Crim. 20 octobre 1999, B., n°228.

Cour cass., Crim. R. 5 septembre 1995, Code Pénal Dalloz, 2003, p. 102.

Conseil d'Etat statuant en contentieux, arrêt du 3 décembre 2003.

Cour Européenne des Droits de l'homme :

Affaire Herczegfalvy/Autriche, Arrêt du 24 septembre 1992, série A, n°244.

"Affaire Winterwerp- Arrêt", Strasbourg, 24 octobre 1979, paragraphe 37.

Déclarations et résolutions

"Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen", Assemblée générale des Nations-Unies, 10 décembre 1948, articles 3,5 à 10, 12, 25 et 26

Résolutions 33/53 du 14 décembre 1978 et 10 A du 11 mars 1977 de la Commission des droits de l'homme de l'Assemblée générale des Nations-Unies

Résolution 46/119, Assemblée générale des Nations-Unies, 17 décembre 1991

Recommandation n° R (83) du comité des ministres aux Etats membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires, adoptée par le Comité des Ministres le 22 février 1983, lors de la 356^{ème} réunion des Délégués des Ministres.

"Livre Blanc sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique", Comité directeur pour la bioéthique (CDBI), Questions juridiques, Réunion 701, 8 mars 2000 10, 10.1.

Recommandation 1235 relative à la psychiatrie et aux Droits de l'Homme du 12 avril 1994 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, 12 avril 1994.

Livres Blancs

Livre Blanc sur la santé mentale, à l'initiative de Marie-France Gouriou et de la commission de coordination CICA 20ème, Mairie de Paris 20ème, 4 octobre 2001.

Livre Blanc de la Psychiatrie Française, Tome I, Privat, 1965.

Livre Blanc de la Psychiatrie Française, tome II, Privat, 1966.

Livre Blanc de la Psychiatrie Française, tome III, Privat, 1967.

Rapports, études

- B. Ducamin**, "L'humanisation des hôpitaux", Rapport de mission, Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, La Documentation française, 1971.
- M. Demay, J. Demay**, "Une voie française pour une psychiatrie différente", Rapport établi à la demande de Monsieur Jack Ralite, Ministre de la Santé, juillet 1982.
- F. Zambrowski**, "Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française", Rapport de mission, décembre 1986.
- Hélène Strohl**, IGAS, Martine Clémente, Rapporteur général, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, n°97081, septembre 1997.
- Pierre Joly**, "Prévention et soins des maladies mentales - Bilan et perspectives", Conseil Economique et Social, *Journal Officiel* n° 14 du 24 juillet 1997, pp. 1-130.
- Hélène Strohl**, IGAS, Martine Clémente, Rapporteur général, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, n°97081, septembre 1997.
- Antoine Lazarus, Hélène Strohl**, "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", Rapport remis à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la Délégation interministérielle au RMI, DIV-DSU, La documentation française, 1995
- "L'organisation des soins aux détenus", Rapport d'évaluation, M.Fatome, membre de l'IGAS, M.Vernerey, Inspecteur Général IGAS, Madame le Docteur Lalande, membre de l'IGAS, Mme Froment, Inspectrice des services judiciaires, Madame Valdes-Boulouque, Inspectrice des services judiciaires, Juin 2001.
- Jean-Baptiste de Foucauld**, Inspecteur générale des finances, Michel Tremois, Inspecteur général des Affaires Sociales, *Rapport d'enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs*, Paris, Ministère de la Justice, 1998.
- Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt**, Rapport de mission " De la Psychiatrie vers la Santé Mentale ", Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, juillet 2001,
- Cour des Comptes, Rapport au Président de la République, Observations des juridictions financières, Chapitre III, "L'organistaion des soins psychiatriques", Chapitre III "Action sociale et sanitaire", 2000, www.ccomptes.fr .
- Monsieur Charzat**, député, Rapport de mission "Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques – et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches", mars 2002.
- Guy Nicolas, Michèle Duret**, "Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale", juin 2001, www.sante.gouv.fr.
- "Perpectives de la démographie médicale", Synthèse du Rapport de la Direction Générale de la Santé, juin 2001, www.gouv.fr.
- Debrosse, Perrin, Vallancien**, "Modernisation des statuts de l'hôpital publique et de sa gestion sociale", Rapport de mission, avril 2003
- Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal**, "Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale", Rapport remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2003, pp. 22-24.
- Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil national de l'Ordre des médecins " Information et formation du patient ", rapporteur :

Docteur Maurice Bernard-Catinat, 5 juin 1999.

Rapport intermédiaire de la Formation-action "Logement et psychiatrie", 16 et 17 octobre 2003, Lyon, Economie et Humanisme.

"L'activité des hôpitaux en 1997 et 1998", DREES, Etudes et Résultats, n° 24, juillet 1999, p. 477.

Chiffres et indicateurs départementaux, CID 1990, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, DRASS, 1990.

SESI- Enquêtes complémentaires sur la psychiatrie de 1980 à 1988.

SESI- Enquêtes H80-SAE pour les hospitalisations totales.

Rapports de secteur, Rapports des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques

Magali Coldefi, "les secteurs de psychiatrie générale en 2000", Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Série Etudes, n°42, mars 2004.

Rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, statistiques 1997, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé, Sous-direction de la santé des populations, Bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances, 1998.

Jean Sabatini, Jean-Marc Elchardus, René Sorgues et André Bernou, Rapport statistique de l'année 1998 de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Rhône, DDASS Bureau 602.

Compte rendu de la Rencontre nationale des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du 23 octobre 1998, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé, Sous-direction de la santé des populations, Bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances, 1998.

Rapport annuel de secteur pour l'exercice 2003, secteur 27, Etablissement public de santé Maison Blanche, 2004.

Rapport annuel de secteur pour l'exercice 1990, secteur 27, Etablissement public de santé Maison Blanche, 1991.

Rapport annuel de secteur pour l'exercice 1991 secteur 27, Etablissement public de santé Maison Blanche, 1992.

Rapports Fiche Patient 1992, Département d'Information Médicale, secteur 27, Etablissement public de santé Maison Blanche.

Rapport Fiche patient 1999, Département d'Information Médicale, secteur 27, Etablissement public de santé Maison Blanche.

Rapport Fiche patient DIM 2001, secteur 27, Département d'Information Médicale, Etablissement public de santé Maison Blanche.

Projet d'établissement 2001-2005,, Services de psychiatrie du Nord et de l'est de Paris, Secteur Belleville, juillet 2001, p. 110.

Diagnostics

Virginie Viault, Pauline Rhenter, Diagnostic partagé "Souffrance psychique", Contrat de ville Pierre-Bénite/GREPH-IEP, septembre 2002.

Cendrine Gaudiard, Proposition réactualisée suite à la rencontre du 23 mai 2003, "Vers la constitution d'un réseau PARTAGE DES COMPETENCES", Contrat de ville, 16 septembre 2003.

Cendrine Gaudiard, Eléments de synthèse du diagnostic partagé "Souffrance psychique",,, Contrat de ville,17 janvier 2003.

Cendrine Gaudiard, Compte-rendu de la commission santé du 14 mars 2003, "Diagnostic souffrance psychique- Discussion autour des préconisations", Contrat de ville de Pierre-Bénite.

Lettres, archives, documents administratifs, CR et PV

Documents du Bureau de la Santé Mentale (Direction Générale de la Santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité)

Réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, Procès verbal du 2 mars 1964.
Procès verbal de la réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, 16 décembre 1964.

Procès Verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 14 décembre 1983.

Contribution du bureau 3C du Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale à la réflexion du groupe 1 de la Commission des Maladies Mentales, DGS, document de travail, 17 janvier 1984.

Docteur Martine Barres, conseiller technique à la sous direction de l'organisation des soins et des Programmes médicaux, Bureau 3C, mars 1986, Note sur "l'insertion sociale et les soins aux malades mentaux handicapés".

Michèle Barzach, lettre chargeant le Docteur Zambrowski de constituer un groupe de travail, 11 juillet 1986.

Compte rendu de la réunion du 29 juillet 1986 du groupe de travail sur la psychiatrie présidé par le Docteur Zambrowski.

Professeur Bourguignon, Président de la Commission des Maladies Mentales
Communication du 2 octobre 1986 au Groupe de travail présidé par le Docteur Zambrowski.

Monsieur Massat, Compte rendu de la réunion du 2 octobre 1986, groupe de travail présidé par Zambrowski.

- Docteur Dimitri Karavokyros**, Rapporteur, Document de travail pour le Groupe de travail présidé par le Docteur Zambrowski, non daté.
- Dr Reynaud**, psychiatre, **M. Massat**, Directeur d'hôpital, "Notes pour introduire le débat sur l'évolution du système public de santé mentale", Travail préalable au Rapport Zambrowski, octobre 1986.
- Conseil de l'Ordre, Compte-rendu de la réunion du groupe de travail présidé par le Docteur Zambrowski, sur "La collaboration entre secteurs privé et public", 16 octobre 1986.
- Monsieur Gasser**, Président de l'UNAFAM, document rédigé en vue de la séance de la Commission des Maladies Mentales du 27 juin 1988 sur le statut du malade mental.
- Monsieur Gasser**, Président de l'UNAFAM, "Le problème des malades mentaux handicapés», groupe de travail Zambrowski 18 septembre 1986.
- Document de Monsieur Gasser (UNAFAM) en vue de la séance de la CMM du 27 juin 1988 sur le statut du malade mental.
- Compte-rendu de la réunion du 30 octobre 1986 sur "l'évolution du système public de santé mentale", sous la présidence du Docteur Zambrowski.
- Compte rendu de la réunion du groupe 1 de la Commission des Maladies Mentales, "Sur l'examen d'un projet de circulaire, notamment sur l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie", 22 novembre 1988.
- Compte rendu de la réunion du groupe 1 de la Commission des Maladies Mentales, 14 décembre 1988
- Procès Verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 7 juin 1989.
- L. Colonna, JL. Luauté, E. Zarifian**, Réflexions sur l'évolution de la psy en France au cours des dix prochaines années, Inserm, novembre 1998.
- J. Ayme et J. Demay**, Compte-rendu de réunion du groupe 3 de la Commission des Maladies Mentales rédigé par, 8 juillet 1986.
- J-F. Girard**, Directeur Général de la Santé, Note pour le Ministre délégué chargé de la Santé et de la Famille, 23 mai 1986.
- Courrier de Xavier Emmanuelli à Pierre Lamothe, Président de l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, SMPR des Prisons de Lyon, 26 novembre 1996.
- Fax du Docteur J-M. Bouchard, Vice Président des Commissions Médicales d'Etablissement au Secrétariat à la Santé et à la Sécurité Sociale du 18 novembre, adjoint à la lettre du Docteur Paulet, SMPR des Baumettes (Association des SPMR) à Madame Questiaux, Conseiller d'Etat, du 28 novembre 1996.
- Communiqué du Conseil national du Syndicat, Lettre de Pierre Faraggi au Secrétaire général de la Direction Générale de la Santé (Mr le Pr Girard), 29 novembre 1996.
- Professeur Bernard Glorion**, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Lettre du 21 novembre 1996 à Monsieur Jacques Barrot, Ministre du Travail et des Affaires sociales.
- Pierre Lamothe**, Président de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, Lettre du 12 novembre 1996 à Monsieur le Ministre de la Justice,

Jacques Toubon.

Comité consultatif de santé mentale réunion du 19 octobre 2001, Groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale, Recommandations.

Lettre du secrétaire général Dr Faraggi, au Directeur Général de la santé, 22 octobre 1990.

Compte-rendu de la réunion du Comité consultatif de santé mentale du 5 décembre 1996.

Comité consultatif de santé mentale, réunion du 19 octobre 2001, Groupe de travail mis en place avec la DGS et la DHOS dans le cadre des protocoles d'accord gouvernement-syndicats de mars 2000, Groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale.

Archives de la Direction Générale de la Santé, Archives Nationales de Fontainebleau

Louis Le Guillant, Rapport de la sous-commission désignée dans la séance du 26 avril 1955 par la Commission des Maladies Mentales.

Rapport de Monsieur Gerthoffer sur les handicapés et déficients mentaux, mission confiée le 5 décembre 1963.

Réunion de la commission de réforme de la loi de 1838, Procès verbal du 2 mars 1964.

Philippe Keochlin, Rapport "Handicap et maladie, A propos de la loi d'orientation du 30 juin 1975" présenté au groupe de travail sur le secteur de la Commission des Maladies Mentales.

Procès verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977.

Procès Verbal de la réunion plénière de la Commission des Maladies Mentales du 28 octobre 1976 sur les modalités d'application de la loi de 1975, p. 6.

Procès Verbal de la réunion de la Commission des Maladies Mentales du 25 mars 1977

Note du Docteur Liberman, Groupe de travail "Handicap et santé mentale», DGS et Commission des Maladies Mentales, 12 novembre 1981.

Procès Verbal de réunion, groupe 1 de la Commission des Maladies Mentales, 14 décembre 1983.

Docteur P. Noël, CHS de Maison Blanche, Document de travail préalable au Rapport Demay, "Les institutions psychiatriques", 1982.

Commission des Maladies Mentales, Compte-rendu de la réunion du 17 décembre 1983, Sous-commission "législation et statut juridique des malades mentaux" présidée par Bernard Chouraqui

Lettre manuscrite du Dr Bernard Doray, médecin au CHS d'Etampes, contribution à la discussion du 9 février 1982.

J. Ayme et J. Demay, Compte-rendu de réunion du groupe 3 de la Commission des Maladies Mentales, 8 juillet 1986

Annuaire statistiques

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, DREES, La documentation française, 2000.

Annuaire statistique de la Justice 1999, années 1993-1997, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement, sous-direction de la Statistique, des Etudes et de la documentation.

Annuaire statistique de la Justice 2002, 1996-2000, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement, sous-direction de la Statistique, des Etudes et de la documentation.

Annuaire statistique de la Justice 2003, Ministère de la justice, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement, sous-direction de la statistique, des Etudes et de la documentation.

Débats parlementaires

Supports manuscrits:

"Discussion de la loi sur les aliénés à la Chambre des Députés et à la Chambre des Pairs», Législation sur les aliénés et les enfants assistés, Paris, tome II, 1881, Analectes Théraplix, 1972.

Projet de loi portant réforme du droit des incapables majeurs au nom de Monsieur Georges Pompidou, Premier Ministre, par Jean Foyer, Garde des Sceaux, Documents de l'Assemblée Nationale, *Journal Officiel* du 10 avril 1966, Rapport n° 1720, p. 866.

Rapport de Monsieur Pleven au nom de la commission des lois n°1891, discuté à l'Assemblée nationale les 20 et 21 décembre 1966.

Monsieur Jozeau-Marigué, Rapport fait au nom de la commission des lois n°237, Sénat, séance du 9 mai 1967.

Monsieur Floch, député, Rapport fait au nom de la commission d'enquête du Sénat sur la situation des prisons françaises, n°2512, 28 juin 2000.

Débats Parlementaires, Compte-rendu intégral, Assemblée nationale, 43ème séance, 2ème séance, 15 mai 1990, discussion du projet de loi n°1291 adopté par le Sénat, (*Journal Officiel*, pp 1297- 1348).

Débats Parlementaires, Compte-rendu intégral, Assemblée nationale, 43ème séance, 2ème séance, 16 mai 1990, discussion du projet de loi n°1291 adopté par le Sénat, (*Journal Officiel*), pp. 1348-1374).

Supports internet:

Elisabeth Guigou, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, présentation du projet de loi n° 3258 au nom de Lionel Jospin, le 1^{er} Ministre, 5 septembre 2001, www.assemblée-nationale.fr/projets/pl3258.asp

Charles Jolibois, sénateur Rapport n° 265, Commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, Annexe au procès-verbal de la séance du 4 février 1998, www.senat.fr/rap/l97-265/l97-265_mono.htm
www.senat.fr/dossierleg/pjl01-004.html :

Assemblée nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, compte-rendu n°49, Audition de M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, sur le projet de loi relatif aux droits des malades et la qualité du système de santé n° 3258 (MM. Claude Evin, Jean-Jacques Denis, Bernard Charles, rapporteurs), Présidence de M. Jean Le Garrec, 11 septembre 2001.

Assemblée nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, compte-rendu n°52, Examen, en première lecture, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé - titre I^{er} - n° 3258 (MM. Claude Evin, Jean-Jacques Denis, Bernard Charles, rapporteurs) 18 septembre 2001, Présidence de M. Jean Le Garrec

Assemblée nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, suite de l'examen, en première lecture, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Titres III et IV - n° 3258 (M. Claude Evin, rapporteur) compte rendu n°53, Présidence de M. Jean Le Garrec, 19 septembre 2001.

Assemblée nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, compte rendu n°55, examen en première lecture du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Titre II - n° 3258 (M. Bernard Charles, rapporteur) Présidence de M. Jean Le Garrec, 25 septembre 2001.

Rapport n°3263 fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales (Claude Evin, Bernard Charles, Jean-Jacques Denis) volume II, projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé n° 3258, 26 septembre 2001.

Sénat, discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé n° 3258, 2 octobre 2001, Présidence de M. Raymond Forni.

Rapport n°4 fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, transmis par M. le Premier Ministre à M. Le Président du Sénat, Annexe au procès-verbal de la séance du 9 octobre 2001.

Rapport du Sénat n°174 fait au nom de la Commission des affaires sociales par Francis Giraud, Gérard Dériot et Jean- Louis Lorrain, Sénateurs, sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux droits des malades

et à la qualité du système de santé, Annexe au procès-verbal de la séance du 16 janvier 2002.

Avis n° 175 présenté au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'Administration générale (1) par M. Pierre Fauchon, sénateur, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Annexe au procès-verbal de la séance du 16 janvier 2002

Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale n°55 modifié, adopté par le Sénat le 6 février 2002.

Presse

Entretien avec Frédéric Rouillon", ayant participé à l'élaboration du plan de santé mentale, Le Monde, 15 novembre 2001, p. 12.

Ecrits syndicaux et associatifs (hors archives de la Direction Générale de la Santé)

"Appel des cents", motion signée en novembre 1983 par le Syndicat des Psychiatres Français et le Syndicat National des Psychiatres Hospitaliers Publics (*Le quotidien du médecin*, 12 novembre 1983).

Syndicat des Psychiatres de Hôpitaux, Motion 2, Assemblée Générale de Tours, 1er Octobre 2003.

Comité d'action Syndical de la Psychiatrie (USP, SNPP, SUP, SPH, SPF, Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés), "Douze points pour construire l'avenir de la psychiatrie", La Lettre de la Psychiatrie Française, avril 2002, //psychiatrie-fr.com.

C. Barthélemy, J-M. Villon, "Proposition de mémorandum sur la loi du 27 juin 1990", Association Nationale des psychiatres Présidents ou Vice-Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés, 1996, www.ch-le-vinatier/cme-psy

"Appel de Bondy pour la psychiatrie de secteur, en son 40^{ème} anniversaire", 14èmes journées de psychothérapie institutionnelle, mars 2000.

Motion 1, Assemblée Générale du Syndicat des Psychiatres de Hôpitaux, Tours, 1er octobre 2003.

Nicole Garrec, Rapport moral, Syndicat des Psychiatres de Hôpitaux, 8 octobre 2001.

Communiqué du Comité d'action Syndical de la Psychiatrie, mars 2001.

Jacqueline Jacot (psychologue), Odile Morvan (psychologue), Annie Marcheix (consultante), Monique Herold (biologiste), Pierre Suesser (médecin), membres de l'association DELIS, "La confidentialité en psychiatrie est remise en cause !", mai

2003, eg-psychiatrie.com

Pierre Lamothe, "Loi, morale, éthique et déontologie - Réflexion sur éthique et pratique psychiatrique", annexe 7 aux Rapports préalables aux Etats Généraux de la Psychiatrie, mai 2003.

Sylvie Péron, "Les structures et les hommes", Rapport 2 préalable aux Etats Généraux de la Psychiatrie, première partie, mai 2003.

Maurice Berger, "L'échec de la protection de l'enfance", Annexe 5 du premier Rapport préalable aux Etats Généraux de la Psychiatrie, mai 2003.

Elie Winter et Cécile Hanon, "Formation initiale en psychiatrie : le point de vue des internes, état de la formation actuelle, orientations et problèmes actuels", annexe 4 aux Rapports préalables aux Etats Généraux de la Psychiatrie, mai 2003.

Yannick Cann, "Neurosciences et Psychiatrie", Annexe 6 aux Rapports préalables aux Etats Généraux de la Psychiatrie, mai 2003.