

Le territoire de la clinique excède le territoire sanitaire

Jean-Pierre MARTIN
Psychiatre,
Chef de service Hôpital
Esquirol, Saint Maurice

Christian LAVAL
Sociologue,
Orspere

Quelques réflexions à propos de la circulaire¹ du 25/10/04 relative à l'élaboration du volet santé mentale du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3^{ème} génération.

Avec l'instauration (trop lente) du secteur, le service public de psychiatrie est devenu progressivement une réalité, par le développement de structures d'accès aux soins, de continuités de prise en charge sur le terrain qui ne passent pas par l'hôpital psychiatrique (le rapport Joly de 1997 cite moins de 5% des prises en charge qui passent par l'hôpital). Les séjours courts médicalisés l'emportent sur les logiques asilaires. Mais depuis quelques années, cette évolution est tempérée voir contrecarrée par un « cours » gestionnaire de l'Histoire qui tend à faire de l'hôpital une entreprise. Cet économisme sanitaire se déploie dans un contexte d'insécurité sociale grandissante (Robert Castel). Il en résulte un malaise insistant de la psychiatrie. De ce point de vue, la crise du travail soignant est aussi une affaire de société.

Les objectifs de la circulaire sont réexaminés ici à l'aune de ce contexte troublé.

Au nom de sa fonctionnalité médicale, le secteur y est d'emblée référé au territoire de santé selon le modèle de la place de la psychiatrie aux urgences hospitalières, dans son articulation au somatique. Ce rabattement de la psychiatrie sur l'hôpital est significatif du manque de conception généraliste quant à ce qui fonde une politique de santé mentale.

Il s'accompagne d'ailleurs d'une critique de la dimension médico-sociale de la psychiatrie qui envahirait les lits d'hospitalisation (26%) et devrait donc être évacuée vers l'hébergement social, au nom d'une psychiatrie « purement sanitaire ».

Le parcours de soin et le travail de réseau consistent dès lors à faire le tri entre un champ médical et social clivé (budgets différents cloisonnés dans leurs logiques comptables). Cela permet à la circulaire d'énumérer ensuite tous les champs de ce clivage : enfants et ado, personnes âgées, personnes handicapées ayant des troubles psychiques, autisme, précarité et exclusion, personnes en prison, addictions. L'évaluation des besoins devient donc « naturellement » celle des conventions entre institutions verticales, sans qu'aucune priorité et ligne directrice ne les rassemblent sur des priorités communes en terme de *santé mentale et non pas de psychiatrie*.

Une définition restrictive du territoire sanitaire risque de ne faire exister que des populations à risques et à penser « sécuritaire » (augmentation d'unités pour malades agités) et non pas accueil. Les structures de soins de type centre d'accueil sont tout simplement passées sous silence.

De plus, cette circulaire semble creuser l'écart ressenti par les professionnels entre une place croissante de la gestion administrative et comptable face à une difficulté accrue à faire de la CLINIQUE qui fait du symptôme une production socialisée, et de ce fait, fonde le sens même de l'articulation santé/social.

La philosophie de cette circulaire rentre ainsi en contradiction avec la culture des professionnels du secteur de psychiatrie publique actuelle et des tiers sociaux qui y participent, où l'évaluation des besoins est référée aux pratiques de terrain communes, priorisée et mutualisée aussi par le bas (vrai sens du rôle du conseil local de santé mentale), et non pas prédéfinie comme un *service minimum de soins* (SMS) dans lequel les médicaments et les actes thérapeutiques individuels se substituent à la relation intersubjective et institutionnelle.

Dans ces implications concrètes cette circulaire répond de manière inquiétante à des questions réurgentes depuis une décennie.

Quelle fonction sociale pour la psychiatrie, quels liens avec une politique de santé mentale, quel véritable service public de secteur psychiatrique ?

Au moment du drame de Pau où est reposé dans l'actualité la plus tragique le manque de lits, ces orientations de gestion et de planification par le haut interrogent la façon dont les lits ont été fermés ces vingt dernières années.

Certes, la communauté psychiatrique est depuis longtemps acquise à la fermeture des hôpitaux psychiatriques comme lieux d'exclusion et de stigmatisation ; mais dans la perspective de mise en place d'alternatives sur le terrain, y compris en termes de lieux d'hospitalisation de proximité, le développement des lits à l'hôpital général (1/3 des lits de psychiatrie actuels) n'a pas réglé les problèmes par manque de réflexion politique générale sur le sens de l'hospitalisation en la psychiatrie de secteur.

Le système de gestion a ainsi produit sa propre crise avec le manque de moyens d'hospitalisation et d'alternatives là où ils seraient utiles. ■

