

Psychiatrie de secteur et santé publique : une relation ambivalente

Nicolas Henckes,
chargé de recherche
CNRS, Centre de
Recherche Médecine,
Sciences, Santé, Santé
mentale et Société

La psychiatrie de secteur a entretenu, depuis ses origines dans le mouvement réformateur du lendemain de la Seconde Guerre mondiale, une relation complexe et ambivalente à la santé publique, entendue à la fois comme discipline médicale et institution politique. Les figures de ce mouvement se distinguaient certes par une vision politique de leur discipline : la psychiatrie, pour eux, avait nécessairement une mission de service publique à accomplir.

À contre-courant du reste de la médecine, ils se faisaient les champions d'une pratique organisée, fondée sur la coordination de l'ensemble des intervenants locaux, laquelle devait être assurée par une administration centralisée et animée par des hospitaliers à plein temps. Ces derniers, enfin, devaient également à leurs yeux remplir une fonction de consultants auprès des pouvoirs publics. Mais les psychiatres réformateurs défendaient dans le même temps un exercice de la psychiatrie fondé sur la clinique voire, pour utiliser un terme qui s'imposa à partir des années 1960, sur la relation interpersonnelle, et ils se méfiaient des tentatives de quantifier des besoins de santé mentale. En conséquence le psychiatre de secteur apparaissait comme une figure hybride et inclassable. C'est peut-être Philippe Paumelle, fondateur de ce qui allait devenir rapidement la vitrine de la psychiatrie de secteur, l'Association de Santé Mentale et de Lutte contre l'Alcoolisme dans le Treizième arrondissement de Paris, qui en fit le portrait le plus vivant dans une présentation de son projet au Congrès de psychiatrie de 1959. Paumelle caractérisait le psychiatre de secteur avant tout comme un praticien en mouvement, inséré dans les populations, animateur d'une équipe technique et administrateur d'équipements dont il avait initié la création.

« Ni en dessus comme le planificateur, ni en dehors, comme le médecin des hôpitaux, ni immobile comme le spécialiste de clientèle, il se trouve en recherche permanente de communication avec la population comme son malade sur le même plan que celui-ci »¹. S'il fallait caractériser ce projet en deux mots, c'était en somme une psychiatrie *dans* la communauté bien davantage que de la communauté qu'il s'agissait de développer. Ces perspectives s'expliquaient de toute évidence par une série d'éléments structurels. Pour partie elles reflétaient le statut des psychiatres médecins chefs d'hôpitaux psychiatriques à l'origine du mouvement réformateur, à la fois cliniciens et administrateurs, à la fois fonctionnaires et médecins, situation unique et marginale dans la médecine française. Plus que ce statut hybride, cependant, c'était l'obligation qui leur était faite de se consacrer à plein temps, dans leur institution, à des populations sous le régime de la loi de 1838 dont ils ne contrôlaient pas l'admission qui leur paraissait une limite à l'accomplissement de leur vocation. Dans un parallèle audacieux, ils soulignaient que le psychiatre était aussi isolé à l'asile que son patient. Le secteur devait ainsi leur permettre, autant qu'à leurs patients, de sortir de l'institution et de retrouver un contact plus fécond avec la société. Enfin, le refus de définir a priori des besoins de santé mentale objectifs reflétait une défiance à l'égard de toute entreprise de normalisation chez des psychiatres profondément marqués par l'humanisme qui dominait la vie intellectuelle française des années 1950 et 1960. La psychiatrie de secteur empruntait cependant aussi son inspiration à d'autres courants de la pensée médicale. L'idée de coordination sanitaire avait ainsi été forgée au sein du mouvement d'hygiène sociale dans la première moitié du siècle pour répondre au défi de la tuberculose. Maladie sociale, celle-ci ne touchait pas seulement des individus mais

également un milieu qu'il fallait prendre en charge de façon globale. Dans l'entre-deux-guerres, les hygiénistes sociaux avaient ajouté à ces perspectives une approche psychologique des comportements de maladie qui empruntaient à la psychiatrie. Les succès obtenus par les psychiatres réformateurs après 1945 tenaient pour beaucoup à ce qu'ils étaient en phase avec ce qui, pour quelques années, était ainsi un courant particulièrement dynamique au sein des élites administratives et médicales du pays, avec des personnalités comme Eugène Aujaleu, directeur de la Santé au ministère, Robert Debré, sans doute le mandarin médical le plus influent de l'après guerre, ou Jacques Parisot, professeur à Nancy et représentant de la France à l'OMS. Il ne fait aucun doute que la vision originale portée par la psychiatrie de secteur s'est révélée particulièrement féconde, à partir des années 1960, là où elle reçut les moyens de ses ambitions. Les enquêtes menées dans le treizième arrondissement ou à Lyon sur la psychopathologie des grands ensembles sont quelques exemples des résultats auxquels cet engagement pouvait aboutir. Mais on peut également penser que son caractère hybride a joué contre elle lorsque, à la fin des années 1960, la banalisation du statut des hôpitaux psychiatriques et de leurs médecins dans la médecine autant que la perte d'influence de l'hygiène sociale, en eurent affaibli les fondements, conduisant certainement à perdre de vue la dimension communautaire des pratiques. Paradoxalement, au moment même où, dans la deuxième partie des années 1970, la psychiatrie de secteur prenait réellement son essor, on peut penser qu'elle l'a fait au prix de la perte d'un certain idéal politique au cœur des ambitions de ses pionniers. ■

¹ Philippe Paumelle, 1959, "Réflexions à propos de la création d'un service psychiatrique de secteur", in Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 57^e Session, Tours, 8-13 juin 1959. Comptes rendus, dirigé par Paul Cossa, Paris, Masson, pp. 681-7