

Intervention de Guy Baillon Psychiatre des Hôpitaux de Paris

Témoignage d'un paysan autour de son sillon (secteur). Lien entre soins « psy » et appui social : l'élaboration fine et citoyenne d'un travail en commun.

Sous l'effet de l'enthousiasme provoqué par le film d'ESPOIR 54 vu à Marseille lors des journées d'Arpsydemio de notre amie Dolorès Torrès, j'avais accepté avec plaisir l'invitation de Madame Barroche pour intervenir à Nancy ; par la suite, pris sous le charme de la voix de son ambassadrice Alexandra Ponsignon, préparant ces journées avec finesse, je me sentais tranquille, sur un petit nuage rose, prêt à venir témoigner ici d'une expérience toute simple... jusqu'à ce que il y a quinze jours, je prenne enfin conscience de ce qui était en jeu : 'il s'agissait d'avoir les idées claires sur le champ de la santé mentale, et précisément sur les liens entre le soin et le social'. J'ai commencé à comprendre que je m'étais engagé sur un chemin très périlleux. N'étant ni professeur, ni chercheur, un simple paysan maladroit peut il apporter de la clarté sur pareille question alors que tout y est nuance, et que les enjeux sont considérables, le risque d'une incompréhension de tous les acteurs de la santé mentale ?

Soin et Social !

C'est tout simple à énoncer, c'est clair, c'est précis !

Dans l'abstrait, oui. En fait ces deux termes appliqués à la psychiatrie aujourd'hui entraînent la confusion et le flou dans la tête de tout acteur de la psychiatrie. Toute tentative d'explication claire du rapport qu'il y a entre eux semble entachée par nos a priori respectifs. Pourquoi donc 'social' et 'soins' reçoivent des définitions contradictoires selon la personne à qui on s'adresse ?

J'ai pensé naïvement que peut être en menant une petite enquête historique et chronologique dans un espace précis et connu de l'enquêteur, il serait possible de trouver un langage commun à tous les acteurs.

De ce fait pour éclairer le débat, plutôt que de faire un essai théorique, mais abstrait, je vous propose d'analyser une expérience de terrain. Et je vous soumet le témoignage d'un acteur de terrain, psychiatre responsable pendant 30 ans d'un même secteur avec la même équipe, dans une expérience continue.

Quelques remarques précéderont ce témoignage, suivi d'une conclusion sur l'avenir.

I Quelques remarques préalables.

En entrant dans cette carrière et plus encore par la suite je me suis senti déchiré entre deux mouvements contradictoires : une exigence de stabilité et une nécessité de changement ; le besoin de stabilité car il m'apparaissait essentiel de défendre la valeur primordiale de l'humain, l'étayer constamment, tellement elle est sans cesse attaquée ; et la nécessité de changer de mode de réponse à la souffrance psychique pour s'adapter à deux impératifs, d'un côté faire face à la complexité de la folie si riche de contradictions à entendre, au lieu de vouloir les écraser sous un même regard (avoir sur tous les malades le même regard évoque le racisme), de l'autre être en phase avec la société qui est en constante évolution, ce qui nous invite non pas à nous reposer sur telle ou telle recette définitive, mais à changer nos soins constamment.

Savez vous comment devant de telles exigences le psychiatre arrive toujours à s'en tirer ? c'est simple. D'abord il se place (il se hisse) vite au dessus du monde. L'importance de la question l'invite à voir les choses de très haut, du coup il se sent à un niveau très élevé, plus haut que tout le monde ; il plane hors d'atteinte se drapant d'une culture encyclopédique (qu'on lui impute et qu'il n'a pas, car en effet et c'est vrai il n'en a pas le temps, ce qui est

dommage pour tout le monde). Ensuite il 'simplifie' en ciblant son travail sur le psychisme et en faisant l'économie d'autres soucis, il ne s'intéressera ni au 'corps', c'est trop matériel, ni au 'relationnel', car c'est du social ! Bien sûr ce n'est pas tout à fait exact, vous en connaissez qui ne correspondent pas tout à fait à ce tableau...mais vous voyez que les pièges sont présents au quotidien tout au long de leur parcours professionnel ; ceux qui à l'inverse ont tendance à rester sans prétention au fond de leur sillon, sont bougons et maladroits, ce n'est pas mieux.

« L'audace d'une rencontre ». Voilà un beau titre, j'en reprendrai les deux termes.

-**L'audace** d'abord, pour parler d'abord de ce qu'il faut avoir l'audace de refuser d'écarter d'emblée : « la peur de la folie ». Oui. Affirmons le clairement, la folie fait peur. Ne nous le cachons pas ; une peur constante, viscérale ; que chacun s'efforce de cacher, et même véritablement de « nier ». Toute notre civilisation s'oppose à la folie, toute notre éducation, tout notre être. En fait nous savons bien que cette peur est prête à exploser à force de vouloir la nier : nous sommes bien obligés de constater souvent à quel point cette négation est une violence interne, les « medias » nous le démontrent clairement par leurs réactions sans retenue, qui explosent en chaînes comme des bombes à fragmentation !

Dans notre vie quotidienne, cette peur niée, cachée, est à l'origine de '**clivages**' successifs ; (je choisis ce terme plutôt que séparation, car il montre que chaque côté ignore ce que l'autre fait, jusqu'à nier l'existence de l'autre).

Tout le travail de la psychiatrie c'est de les dépasser en créant à sa place des '**liens**'. Ces deux termes, clivage et lien, sont fondamentaux pour notre propos.

Créer des liens que l'on peut modeler sans cesse comme on le veut, c'est-à-dire en pleine liberté. C'est clairement l'opposé de l'aliénation, psychique ou sociale, celle-ci nous ligote et nous enserre comme dans un étou. Créer des liens c'est se montrer disponible pour échanger avec l'autre en usant de notre liberté mutuelle.

Ceci permet d'emblée de souligner la complexité de la folie, faite de contradictions internes qui sont 'clivées' : -d'un côté les mouvements négatifs de la folie, ses ruptures renouvelées, en effet la trajectoire de vie des patients souffrant de maladies mentales est constamment marquée de tentatives de ruptures de liens, et ceci dans tous les sens, d'abord avec les proches, puis avec ceux qui seraient le plus à même d'être un appui, ils cherchent à se mettre hors d'atteinte, loin de toute réveil de leur douleur ; -d'un autre côté les données positives de la folie créativité, fantaisie, tout l'inattendu, tout le développement des différences qui donnent à toute vie sa couleur et sa richesse.

La démarche de la psychiatrie est d'aider l'homme à dépasser ses clivages, à renouer des liens, à retrouver son unité et sa liberté.

-La **rencontre**, ce beau terme mérite qu'on s'y arrête un instant pour lui accorder toute sa valeur et sa force : la rencontre c'est le moment où l'on reconnaît d'abord l'homme qui est là, avant de penser à ses symptômes, le moment où l'on va commencer à tisser des liens avec lui. Mais une rencontre ne se produit pas toute seule ; elle exige un certain nombre de conditions pour se réaliser, il faut étudier ces conditions avec attention ; c'est comme accueillir quelqu'un chez soi, on se prépare, on fait le ménage (dans sa tête comme dans notre espace), on lui donne un air de fête ; c'est tout un travail, c'est tout le temps à renouveler, et c'est fondamental.

Voici le genre de découvertes que notre équipe et moi avons faites pendant 35 ans, elles nous ont aidé à tenter de trouver un équilibre face aux clivages en train de s'incruster sans cesse entre -la valeur humaine de tout lien à construire, et- l'élaboration de techniques proposées pour permettre à la personne de transformer son trouble psychique en capacité de vivre, car la générosité seule sans technique est insuffisante. Et l'**équipe** est l'outil de base pour rencontrer la folie, aussi indispensable pour les soins psychiques, que l'est la famille pour construire la

vie de l'homme, si ce n'est qu'une équipe c'est un groupe vivant dans une instabilité extrême et qu'il faut tout le temps constituer (quand l'équipe est stable...elle n'est plus disponible à celui qui passe et qu'elle devrait rencontrer).

II Avant le témoignage, un rappel historique

Auparavant permettez un très court rappel de l'histoire de la psychiatrie autour de deux dates 1800-1960

Déjà en 1660 à Paris les 'fous' sont rangés dans les sous sols de Bicêtre, puis dans les 'petites maisons'. Ensuite ceux qui sont reconnus comme incurables seront mieux reçus dans les Hôtel-dieu de nombreuses villes par les congrégations religieuses.

1800 : C'est la naissance de la psychiatrie, grâce à Pinel dit on, enlevant les chaînes aux fous selon le tableau légendaire de Muller à l'académie de médecine à Paris ; ainsi prenait il pouvoir sur eux, commentera plus tard Michel Foucault ; il ne voit là (et il l'épingle) qu'un simple déplacement du pouvoir, des mains du médecin vers celles du psychiatre. Forts de leur découverte Pinel, et Esquirol son élève, vont se mettre à classer les maladies mentales ; et depuis nous n'avons pas cessé de les classer. C'est d'abord cette classification qui a permis de convaincre qu'il était justifié de construire les Etablissements spéciaux, les asiles et d'en créer un par département, grâce à la loi de 1838.

Il est essentiel de noter autour de quelle idée maîtresse le soin va s'organiser et se pérenniser pour certains jusqu'à aujourd'hui. C'est autour de la séparation, devenue un véritable dogme, sous prétexte que le fou-malade est dangereux ou vulnérable. Pour cette raison on le sépare de sa famille, de la société, ...de la vie. Il faudra donc tout reconstruire autour de lui. Certains psychiatres vont s'évertuer à créer le meilleur des mondes, une abbaye de Thélème... Vous savez ce qu'il est advenu de cette vision généreuse et ...totalitaire, une véritable aliénation s'appuyant sur l'aliénisme, lieux d'abandon de l'homme et de honte pour la société.

Il est donc clair que pendant 150 ans l'asile a été le seul recours et que soin et social ont été totalement confondus en un même lieu ; et point de soin en dehors de l'asile, seulement quelques timides expériences au tiers du 20^{ème} siècle.

Pendant la guerre en 1942 naît le mouvement de la Psychothérapie Institutionnelle. Il va montrer en pleine occupation, avec courage et intelligence, que même sous l'oppression, et même dans un grand enfermement, il est possible de créer de l'humain, en s'appuyant sur le renversement de la hiérarchie médicale et sur l'attention à ce qui bloque ou facilite les liens dans un groupe ; il est possible alors de comprendre comment ces liens peuvent être coincés par les rôles et statuts de chacun et par les désirs inconscients de tous ; ceci peut être dépassé grâce à l'attention portée aux détails de la vie quotidienne, aux activités 'sociales' qui sont donc à partager en commun, au souci de construire un 'objectif commun à l'ensemble du groupe' dans le respect de chacun ; notons que ces découvertes sont toujours valables aujourd'hui.

1960-1970. Naissance de la psychiatrie de secteur, élaborée à la même époque, soutenue par la même inspiration ; mais elle est, elle, une « politique de soin » portant sur l'ensemble de la santé mentale. Elle est basée sur une nouvelle logique clinique ; ce n'est plus la séparation qui est prônée, c'est « le soin développé dans l'espace de vie de la personne et en travaillant sur ses **liens** avec son entourage, et ceci tout au long de sa vie, avec les mêmes soignants » ; de ce fait le principe majeur de la psychiatrie de secteur est la « continuité des soins », en privilégiant toujours l'homme avant tout, et avec le souci que les équipements de soin soient tous à taille humaine.

Mais la question dont la lourdeur n'avait pas été mesurée par les fondateurs et qui va entraver l'application de cette politique est l'absence de formation des hommes pour appliquer pareille politique. En effet pour la réaliser il faut des hommes, et en 1960 ils étaient tous concentrés dans les anciens asiles vieux de 150 ans.

De ce fait la mise en place de cette politique a été très lente et non coordonnée, sur plus de 20 ans (non encore aboutie aujourd'hui), officialisée certes en 1985, mais à la sauvette entre de multiples textes, sans avoir été précédée de débat national (alors qu'un premier grand débat avait eu lieu en 1838, et alors que la psychiatrie de secteur représente une profonde révolution pour la santé mentale française).

Chacun a cru qu'il était possible, autour d'une réalité encore inconnue, le soin hors hôpital, de "faire du neuf" avec du 'vieux' ; en effet la formation asilaire (autour de la séparation) a été transportée dans la tête de chacun ; la certitude ancienne c'était que le patient peut et doit vivre séparé de son milieu ; cette idée est restée prévalente alors que le reste de la thérapie progressait (tant les connaissances biologiques que éducativo-comportementales).

En un mot il n'y a pas eu de volonté de formation et de préparation des hommes organisée par l'Etat, comme si un tel changement pouvait s'opérer spontanément. Certes il y a eu le mouvement des CEMEA soutenant certaines équipes entre 1960 et 1980 et les semaines annuelles du Pr Misès, mais pour les seuls psychiatres des enfants et adolescents. Les autres ont dû faire face, sans élaboration préalable, à un double travail contradictoire, le défrichage du terrain social et en même temps maintenir et humaniser l'hôpital ; ce dernier continuant à représenter le recours pour beaucoup et pour tous les cas difficiles. C'est donc l'hôpital qui a capté la plus grande partie de l'énergie des soignants, et non le tissu social.

Vous pouvez donc comprendre que lorsque nous avons été, comme dans toute la France, étiquetés 'équipes de secteur' en 1971, la distinction soin – social n'avait pas de sens. Nous nous sentions toujours les garants de la 'mission' asilaire : se préoccuper de la totalité des besoins des patients. Et le 'social' était simplement pour nous l'espace où vivait la population. De plus nous sommes partis avec une grande illusion : nous faisons l'acte généreux d'ouvrir grandes les portes de l'asile (qui était immonde) en commençant à soigner dans la ville ; nous nous attendions donc à un geste équivalent de la part de la société, elle allait nous ouvrir grands ses bras tout en nous félicitant... Ce fut un silence total, sévère désillusion. Nous décidâmes après quelques années qu'il n'y avait donc rien à attendre de ce milieu hostile (d'ailleurs certains d'entre nous étaient persuadés que cette société était un peu pour quelque chose dans l'émergence de ces troubles psychiques). Donc, sans nous en rendre compte, nous allons nous mettre à 'creuser dans le tissu social' de vraies trajectoires d'isolement pour les patients, séparant aussi souvent que possible le jeune psychotique de sa famille hostile (toujours jugée plus ou moins pathogène !), l'installant seul et dénué dans un studio isolé, soit disant autonome, et 'réintégré'... !

Nous étions tellement contents d'en finir avec ces asiles inhumains, stigmatisés par deux siècles d'enfermement, de séparation, de ségrégation interne, de concentration et d'abandon ; rappelons que l'hospitalisation était aussi l'occasion d'un bannissement en cascade : les patients arrivaient dans les hôpitaux en nombre et sous contrainte (internés), certains se distinguaient très vite des autres par leur comportement insupportable ; toute l'adresse des soignants alors était de s'en débarrasser vers un autre hôpital assez éloigné, qui à son tour faisait le même constat ; le rejet se faisait « en cascade » vers le centre de la France, la Bretagne, ou le Nord, vers des espaces de plus en plus éloignés de leur origine, et si possible coûtant de moins en moins cher... Si nous sommes attentifs à ce que nous entendons en 2006, il semble bien que l'on se met à retrouver des malades 'indésirables' ou 'incassables' dont chacun cherche à se débarrasser... alors que la psychiatrie de secteur a été inventée pour s'opposer à ces rejets en cascade ; ce serait paraît-il de l'humour que de parler de 'patates chaudes', à moins que ce soit un mépris superlatif de l'humain, il est plutôt indispensable d'oser dire que ce sont des personnes rejetées de partout.

Comment allons nous différencier soin et social ?

III – L'histoire locale d'un secteur en Seine St Denis (9-3). Témoignage.

(L'expérience nous a montré que cette référence à l'histoire était fort pertinente, car penser à écrire l'histoire d'une équipe qui 'défriche' c'est se préparer à avoir ensuite à sa disposition une source prodigieuse d'enseignement, nous l'avons écrite jour après jour, de multiples façons, des écrits, un synoptique ; la référence à l'histoire des communes du secteur fait vivre aussi le groupe social ; enfin les thérapeutes ont vite compris que le travail autour de l'histoire de la personne constitue l'alpha et l'oméga de tout travail psychothérapeutique, qui remonte jusqu'à la narration qui naît entre la mère et l'enfant et constitue le début de toutes les histoires de vie, puisque c'est là et ainsi que se construit la vie psychique).

1967 - Je suis nommé interne à Ville-Evrard chez Hélène Chaigneau, psychiatre renommée, chef du CTRS. C'est un centre de traitement et de réadaptation 'sociale' ! (voilà qui intéresse le débat d'aujourd'hui) créé par Paul Sivadon (il y en avait deux autres dans la région parisienne, dont un à Villejuif avec Le Guillant, projets désignés pilote par la Sécu, montrant qu'avec un soignant pour un malade on soignant beaucoup mieux, en s'appuyant sur l'attention portée aux niveaux successifs d'habileté des patients travaillant dans des ateliers divers où ils étaient suivis et encadrés avec beaucoup de précision. Pinel l'avait déjà affirmé). Quand Sivadon quittera Ville-Evrard pour aller à La Verrière construire l'hôpital de la MGEN basé sur les liens de toute personne à son travail (c'était envisageable en période de plein emploi), les soignants en nombre seront retirés, dès lors le CTRS ne gardera que son nom et partagera la même misère que les autres services. Hélène Chaigneau veillait avec une infinie patience à ce que ses collaborateurs s'imprègnent avec modestie de la Psychothérapie Institutionnelle, et s'attachent à prendre en compte le détail de la vie quotidienne autour des repas (mauvais), des activités possibles (rares), mais en cherchant à y impliquer tout le monde, patient travail de moine en milieu déshérité.

1969 -71 – Sachant qu'une nouvelle circulaire ministérielle va enfin établir les conditions d'application de la politique de secteur, les 14 psychiatres de VE (et leurs 1600 malades en 5 services) ouvrent un dialogue avec les élus du 9-3 autour de l'ouverture de l'asile, et de la volonté de créer des lieux de soin en ville. Les élus sont convaincus et sous notre impulsion s'engagent à demander à l'Etat de créer autant d'équipes et de chefs que cette partie du département en aura besoin ; et en novembre 1971 sont créées 14 équipes pour le million d'habitants concerné, ce qui donnera une forte impulsion pour la suite de l'histoire de l'établissement, (les 3 autres sont créés à l'hôpital général d'Aulnay pour le nord du 93).

1971 –Notre secteur est créé avec les autres, il s'appelle 'G14 du 93' et reçoit 3 pavillons asilaires et un dispensaire pour deux communes Bondy et Les Pavillons s bois (65.000h).

Deux dialogues commencent, interne et externe ; -en interne l'objectif est de faire du lien entre les soignants, livrés à eux-mêmes auparavant ; pour fonder une équipe les réunions sont l'outil privilégié, et le moyen est le partage des tâches de la vie quotidienne pour retrouver des axes proches de la vie sociale, repas, ménage, courses, activités à inventer et tenir ; on commence à accorder la parole aux patients eux-mêmes et on ose faire des réunions avec eux. Les liens se soudent peu à peu. En externe nous allons faire diverses découvertes : -par exemple voulant établir des liens avec l'ensemble de la population nous avons l'idée de faire des soirées festives, parfois avec de jeunes acteurs généreux, c'est ainsi que nous ferons connaissance avec un grand timide Jacques Villeret, puis nous ferons projeter des films et choisissons bien sûr au lendemain de 68 « Family life ». Pour ceux qui ne l'ont pas vu, c'est à voir, c'est le tableau banal d'une vie de famille qui par ses contradictions et ses conflits rend totalement 'fous' ses enfants. La famille est bien désignée responsable de la folie ! Nous voulons un débat ce soir là, et sommes étonnés de ne noter aucune ovation, mais plutôt des affrontements publics, il s'avèrera difficile de renouveler l'exploit ?

-pour faire connaissance l'entourage des patients nous laissons faire notre vaillante assistante sociale sans percevoir que c'était une tâche gigantesque pour une seule personne ; pendant ce temps les collègues auxquels je succédais étaient très heureux pour me faciliter la tâche de me

confier dans le creux de l'oreille que pour bien suivre les patients qui venaient en consultation au dispensaire, ils avaient appris à la secrétaire comment faire pour écarter tel père qui voulait parler à la place de son garçon de 35 ans, en le faisant attendre dans une fausse salle d'attente, et comment au téléphone elle pouvait faire attendre telle mère pour qu'elle ne me parle que la consultation terminée, ...tellement l'héritage était clair que pour soigner il fallait éviter la famille du patient, auteur de tant de nuisances,

-nous avons compris aussi d'emblée l'importance des liens à établir avec les élus des communes. Nous leur rendons visite consciencieusement pour leur parler des idées encore vagues de la psychiatrie de secteur d'implantation dans la ville ; par contre nous étions convaincus de notre bon droit si nous demandions des espaces en ville bien délimités pour y faire venir nos patients de Ville-Evrard ; nous enregistrons une fin de non-recevoir très nette : le maire refuse de créer en ville des lieux pour que les fous y aient ensemble des distractions ; par contre il nous dit que si individuellement les patients voulaient profiter des services et des sports de la ville cela serait possible ; dépités, nous comprenons que nous venions de recevoir notre première leçon de refus de ségrégation,

-en même temps nous suivions de plus en plus de patients au dispensaire, et les hospitalisations diminuaient,

-nous avons créé une petite association dite 'de secteur' qui nous permettait de monnayer les petits objets de terre créés par les patients hospitalisés et d'acheter des matériaux pour créer des activités internes.

1977 – Une surprise nous attend à la veille des élections municipales de mars, le maire adjoint futur maire me demande si nous voulions accepter l'ancien Presbytère de la ville comme lieu de soin pour y réaliser nos 'rêves' évoqués toutes ces années. Il est élu et nous nous empressons de demander à notre directeur d'y ouvrir un petit hôpital de jour de 15 places avec les repas comme activité naturelle et privilégiée ; c'est le directeur suivant, intelligent, qui créera un poste de cuisinier, celui ci deviendra le co-thérapeute le plus efficace de tout le lieu, au grand plaisir de l'équipe(à l'inverse l'équipe aura la douleur en juin 2006 de voir un nouveau directeur venir tout casser pour être bien noté par son administration et remplacer ce cuisinier par la 'chaîne froide' hygiénique et inhumaine, rendant ce lieu 'inanimité').

En 1977 encore le directeur du moment, moins intelligent, se préparait à nous retirer le tiers de nos infirmiers puisque nos patients hospitalisés avaient diminué d'un tiers et que lui devait créer à l'hôpital un service pour enfants.

Devant ce danger nous lançons alors le branle bas de combat : nous rédigeons un 'projet de secteur' quinquennal projetant une dizaine de lieux de soin en ville, et nous installons un « conseil de secteur » en suivant les leçons de Bonnafé autour d'une table triangulaire avec élus et usagers, techniciens de la psychiatrie, et tutelles administration, pour soutenir ce projet de secteur.

En décembre ce sont les élus qui viennent défendre notre plan et nos infirmiers face au directeur au CA de Ville-Evrard !

1979 – Nous ouvrons notre hôpital de jour dans l'ancien Presbytère, et sur la lancée nous faisons une petite réunion publique pour savoir comment les habitants apprécient les efforts faits pour rendre les pavillons de l'hôpital humains et propres, mixtes...

Nous recevons une claque magistrale : des patientes nous disent qu'elles sont informées de ce que nous voulons raconter, cela ne les intéresse pas ; elles tiennent à nous dire une bonne fois que Ville-Evrard sera toujours l'asile et qu'il n'est pas question qu'elles aillent se faire soigner dans ce lieu de honte. Elles ont deux exigences : elles veulent que nous soyons disponibles 24/24h en ville, et que tous les lieux de soin soient localisés en ville hors hôpital. Tant que cela ne sera pas réalisé, nous ne serons pas crédibles à leurs yeux.

J'ai compris ce jour là, et ce pour toute ma carrière, avec toute l'équipe, que « les usagers sont nos meilleurs professeurs en psychiatrie ». Nous décidons de les écouter, de réfléchir, et nous refaisons nos plans.

Ces deux objectifs seront réalisés, en 1982 pour l'Accueil, en 1992-2000 pour les lits en ville.

1982 – Le projet de secteur quinquennal est réalisé ! :

-le Centre d'Accueil 24/24 h sans lit est ouvert dans un demi dispensaire par fermeture d'un pavillon hospitalier : d'emblée, en recevant tout patient en difficulté sans délai ni condition, il transforme totalement le fonctionnement de l'ensemble de l'équipe de secteur, affinant les indications de soin, diminuant le recours à l'hospitalisation, et surtout permettant d'impliquer l'environnement relationnel du fait de la simplicité des liens et de la disponibilité des soignants, l'entourage est constamment reçu pour chaque patient,

-à la même époque un constat douloureux se fait jour peu à peu : nous voyons que si les soins améliorent la santé des patients, dans le même temps leurs difficultés 'sociales' s'aggravent : perte de logement, d'emploi, d'amis. Nous développons donc de nouvelles activités dans notre Association IRIS : -des appartements associatifs, un travail de recherche d'emploi, une boutique dépôt vente puis après 1988 une petite entreprise d'insertion. Cela demande une dépense d'énergie considérable qui nous cache le fait que nous ne répondons là qu'à une partie infime des besoins (un dixième peut être).

1988 – Nous ouvrons une 'maison communautaire' en ville en fermant le deuxième pavillon hospitalier ; l'objectif était de faire un apprentissage d'intégration dans la ville par des échanges autour de la vie quotidienne. Au bout de 5 ans nous constatons que nous avons recréé un nouvel asile en ville, immobile. Nous le fermerons au bout de 10 ans pour le remplacer par des studios associatifs.

1992 – Nous avons une autre heureuse surprise. Lors des vœux le maire s'étonne que je ne lui demande rien. Je m'exclame aussitôt que le service d'hospitalisation est toujours en situation d'exclusion dans l'ancien asile lointain de la ville. « Combien de m2 voulez vous, car j'ai un espace disponible ? » me dit il. Je lui répond que je vais proposer au secteur voisin de s'installer avec nous en ville pour tenter de convaincre notre nouveau Directeur, CH Marchandet. C'était le moment où celui-ci se penchait avec la CME sur le premier programme d'établissement. En deux mois celui-ci est élaboré par l'ensemble de la communauté de l'hôpital, celle ci décide de relocaliser en 2000 les services d'hospitalisation de huit des 17 équipes de secteur sur trois sites !

Entre temps la vie de notre équipe et du secteur continue.

1994 – Des assistantes sociales attirent notre attention sur le fait que d'anciens patients, ayant des troubles graves ne reviennent plus dans les espaces de soin, et qu'on leur signale d'autres personnes non connues, manifestement troublées elles aussi et refusant de se soigner. Pour y répondre nous inventons une petite équipe à l'italienne, un GSL (groupe de soin local) de 3 soignants, un à temps plein, les autres à temps partiel, qui auront comme tâche de travailler selon leur propre invention, hors toute structure de soin, pour tenter de prendre contact avec ces personnes en souffrance ; pour ce faire les soignants se mettent en immersion dans un quartier sensible. Le résultat ne se fait pas attendre, des contacts sont pris et ces personnes feront chacune à leur façon un chemin significatif vers des soins appropriés, sans compter la solidarité qui se noue avec le quartier et différentes 'personnes ressource' de la ville, ce qui nous permet de mieux connaître la vie de cette ville, notre ville.

Hélas notre directeur ne supporte pas que ces infirmiers puissent travailler hors l'une des structures de soin homologuées et les fait 'réintégrer' au bout de deux ans...

De la même façon il va en quelques années supprimer le détachement des deux soignants dans notre Association IRIS, et nous fermons les appartements associatifs comme l'entreprise d'insertion, au moment aussi où nous comprenions que les compétences nous manquaient pour les mener à bien ; il nous faut déposer le bilan de l'entreprise d'insertion peu après.

Ainsi les initiatives que nous avons eues pour répondre à un certain nombre de besoins des patients dans leur vie quotidienne en ville disparaissent les unes après les autres, sans que nous en comprenions clairement les raisons, si ce n'est en interprétant l'attitude du directeur comme volontairement persécutrice, et donc contradictoire avec l'aide qu'il nous avait apportée au développement des soins... ?

1999 - Continuant depuis le début à chercher à développer la prévention, nous sommes persuadés qu'elle ne peut avancer que si nous acceptons de ne pas en être les seuls porteurs (c'était clairement l'un des enseignements du GSL : attendre dans les lieux de soin est insuffisant pour une partie de la population déshéritée et précaire, il fallait sortir de nos petites boîtes dorées que sont les espaces de soin ; faire surgir l'idée de prévention n'est possible que si la population à la base s'en saisit). Proposer des débats avec de grands thèmes classiques sur la psychiatrie au lieu d'intéresser les habitants de la ville les fait fuir. Nous avons l'idée de faire une grande « journée de secteur » et de le centrer sur un débat autour d'un thème très général ; nous choisissons celui de « souffrance psychique ». Nous avons la surprise de constater que tout le monde se sent concerné, et que les professionnels de la psychiatrie ne confisquent pas le discours ni les interrogations lors de cette journée, et à la demande générale un groupe permanent, appelé 'Interface', se constitue avec des représentants très variés des espaces des deux villes. Ce groupe a été pris en main par mon successeur arrivé cette même année 1999, Patrick Chaltiel, et à notre étonnement la réflexion autour de la prévention en santé mentale continue aujourd'hui encore, ce groupe mobilise les différents acteurs et professionnels des deux villes. Le soin et le social y sont allègrement mélangés dans une perspective de prévention et de facilitation des contacts.

2000 Enfin.

Le 19 janvier 2000, j'ai la joie d'accompagner les patients hospitalisés dans notre service de Ville-Evrard entourés simplement des soignants présents vers l'espace qui avait été construit à Bondy par une excellente architecte, Emmanuelle Colboc, avec 20 lits pour notre secteur et 20 pour le voisin. Immeuble modeste donc, de deux étages, immergé dans un quartier de la ville, fait de beaux matériaux, pierre et bois. J'ai ressenti cette rare émotion de voir brusquement des hommes 'se redresser' parce que enfin ils se sentaient respectés, ils n'étaient ni fous, ni gardiens de fous, simplement des humains, puisqu'ils étaient en ville, loin de toute exclusion, et que l'espace où ils entraient était beau et généreux, entouré d'autres maisons.

Pour notre équipe de secteur née le 9 novembre 1971, j'ai pu constater que le « travail de secteur avait en réalité commencé le 19 janvier 2000 », car dès ce jour tout soin, même le plus complexe celui se déroulant autour d'une hospitalisation, se faisait en s'appuyant réellement et concrètement sur la solidarité des habitants de ces villes, avec la famille, les amis, les soignants de chaque patient, tous osant venir dans ce service hospitalier quotidiennement. Lucien Bonnafé et ses amis promoteurs du secteur ne s'y étaient pas trompés, la psychiatrie de secteur c'est possible, et elle est radicalement différente de la psychiatrie classique basée sur la séparation. La dimension et la qualité humaine des liens y sont inscrites là à chaque moment. L'humain d'abord enfin.

1999-2001 – C'est l'époque où, avec la 'complicité' de l'équipe, je passe le flambeau à mon successeur Patrick Chaltiel pendant 3 ans. Nous avons eu le plaisir de constater qu'il voulait non seulement continuer le travail commencé mais le mener plus loin grâce à des outils supplémentaires. En effet il venait avec une solide formation en thérapie familiale, si bien que les familles allaient enfin devenir l'interlocuteur privilégié des soignants, ce que l'histoire avait refusé jusqu'à maintenant. Il allait entraîner l'équipe à travailler avec les familles. Cela s'est concrètement exprimé dans la façon dont l'hospitalisation a été envisagée, totalement restaurée. Non seulement il a continué à travailler en s'appuyant toujours sur l'unité d'Accueil et en entourant les hospitalisations d'un travail de crise avant et après ; mais il su « restaurer » les temps d'hospitalisation, en leur donnant un sens nouveau, non plus celui d'une séparation,

mais celui d'une « actualisation des liens » ; ce temps est devenu l'occasion d'un travail en commun de l'équipe et du patient avec la famille et l'entourage proche pour restaurer et consolider les liens et inscrire une hospitalisation dans la continuité des soins.

A la fin de ce récit je tiens à souligner que cette histoire chronologique qui s'attache à noter les événements qui ont du sens dans l'histoire de l'équipe et de la cité, a le grand inconvénient de passer sous silence les actions non bruyantes et pourtant profondes menées progressivement par les différents acteurs de l'équipe. Par exemple sur le plan du soin les efforts pour construire la 'continuité du soin' ont été variés, mais ne sont pas exposés là. Et sur le plan du registre que nous appelons 'social' aujourd'hui, je dois témoigner de la façon dont progressivement les infirmiers se sont engagés pour accompagner les patients à s'approprier un espace qui était hostile ou difficile, leur espace de vie, en se transformant soit en plombier, soit en menuisier ou peintre, en garçon de courses, créant avec les patients des moments indispensables pour que la vie de la personne se déroule sans que de nouveaux troubles éclatent exprimant une souffrance 'sociale' qui n'aurait pas été entendue. De temps en temps les psychiatres de l'équipe trouvaient que c'était trop, le reste du temps, cela leur paraissait ... 'normal', alors que cela se déroulait dans le social. Et la distinction 'soin' – 'social' n'intervenait guère dans la réflexion clinique, les remarques des soignants avaient pour objet essentiellement de comprendre le sens que chaque démarche avait : se faisait-elle réellement dans la continuité d'un effort de la personne pour dépasser ses troubles, ou prenait-elle la place de cette démarche psychique interne ? Et alors nous savions qu'au lieu de soigner elle 'installait' la personne dans son trouble, en effet celle ci prenait des bénéfices dans cet accompagnement, elle devenait une résistance au soin et n'entraînait aucun changement psychique.

Mais au total, en quittant notre équipe après 30 ans de travail commun, je pouvais constater que la psychiatrie de secteur n'était pas un rêve utopique, c'était tout simplement le soin dans la ville, s'appuyant sur la participation et la solidarité de l'entourage relationnel de la personne. Ainsi le soin se montrait là sous une toute autre réalité que ce que j'avais connu les 28 années précédentes, et j'ai pu dire que pour notre équipe, le travail de secteur avait vraiment commencé en janvier 2001... tout en sachant qu'il n'est pas pour autant assuré, il s'arrête le jour où les soignants laissent l'asile les envahir à nouveau dans leur tête.

Dans le même temps le travail de secteur s'avère être un formidable laboratoire de recherche pour l'avenir de la santé mentale, riche d'enseignement s'il se donne comme règle de travailler sans cesse ce que peut être la continuité des soins, avec le souci d'adaptation et d'invention constant grâce à des outils toujours modelables et ... jetables.

Ainsi au bout de 30 ans au fur et à mesure que nous développons nos soins, nous avons découvert la réalité, la diversité et l'importance des besoins sociaux des patients : ils s'avéraient complexes ; ils ne se limitaient pas à la nécessité pour chaque patient d'avoir logement, formation, emploi ; nous avons compris peu à peu que tout dépendait en fait de leur envie de les garder et de les utiliser ; quand on a un logement il faut aussi avoir « envie d'habiter » cet espace ; un emploi il faut aussi avoir envie de s'y exprimer, de s'y épanouir ; il peut même être néfaste de se sentir à nouveau en situation d'échec s'il ne peut les garder.

Ceci nous confirmait dans la perception que l'on ne pouvait séparer le soin du social.

Ainsi nous avons développé notre activité associative qui redonnait aux membres de l'équipe qui s'y impliquaient une liberté d'initiative qu'ils avaient parfois perdu dans le soin : appartements associatifs, (associé aux visites des soignants), groupe formation-emploi, entreprise d'insertion (dont la plupart des acteurs étaient des soignants détachés) ; tout ceci avec une très maigre subvention de l'hôpital, et des détachements de personnel très modestes. Mais il fallu comprendre aussi les limites de nos compétences (dans la gestion des appartements, dans l'étude du marché pour l'entreprise, qu'il fallu donc fermer) ; les limites

de notre action (le peu de résultats par rapport aux besoins, la fragilité de nos liens avec le tissu social) ; et enfin les limites de moyens imposées par notre directeur allant jusqu'à l'arrêt de tout détachement de soignants, dans le même temps arrivait le refus des élus de siéger au CA de l'Association... (ceci à cause de procès faits à des associations comme l'Arc) !

Et là sans en comprendre les raisons nous constatons que le 'social' peu à peu nous échappait totalement. Notre Association se tournait alors vers le département pour mener des programmes de préparation à l'emploi très encadrés, à distance de l'équipe de secteur.

Au total quand je prend ma retraite je suis à la fois comblé et profondément affligé. Heureux en effet de voir qu'avec l'unité d'Accueil 24/24h et la relocalisation des lits en ville restaurant et réduisant l'hospitalisation, tout ceci avec les mêmes moyens qu'avant et que les autres équipes, nous avons réalisé une psychiatrie humaine, simple, accessible et solidaire, ayant mis fin à toute exclusion.

Mais terrifié par deux constats : cette évolution de la psychiatrie de secteur (accueil et lits en ville) n'existait que dans une cinquantaine des 1120 équipes en France. Et la dimension de la vie quotidienne des patients se dégradait et nous échappait progressivement.

IV Un ajout personnel : les surprises de la retraite

Permettez moi j'ajouter un petit chapitre qui va bouleverser ce constat, chapitre personnel car cela s'est déroulé à distance de notre équipe. La retraite en effet allait m'apporter cinq rencontres, cinq surprises, assez fortes pour que je puisse affirmer que si je les avais faites avant, elles auraient profondément changé, non mon objectif, mais mon comportement de soignant.

1) La lecture du livre de JF Bauduret et M Jaeger. « Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoire d'une refondation ». Un livre intelligent et utile nous révélant des données qui nous avaient à tous échappé et qui expliquent l'aspect officiel du quiproquo survenu autour de la distinction entre soin et social. (Permettez à un psychiatre du service public, car le fait est rare, de chanter les louanges de certains acteurs de l'administration comme JF Bauduret, d'autant plus que le docteur Martine Barrès, qui est aujourd'hui avec nous, a travaillé pendant longtemps à ses côtés, d'abord de 1983 à 1990 à la Direction de la Santé, puis de 1996 à 2005 à la Direction de l'Action Sociale toujours au ministère de la Santé. Ils ont accompagné la phase administrative de l'application de la Politique de secteur, puis après le coup d'arrêt du gouvernement fermant en 1990 le Bureau de la psychiatrie et ne soutenant plus la politique de secteur, ils se sont retrouvés à l'Action Sociale pour faire naître les lois 2002 et celle du 11-2-2005, venant la compléter admirablement. L'ensemble de leur travail a été tout à fait remarquable. Ce n'est pas de leur fait si le gouvernement n'a pas suivi son application pour la psychiatrie après 1990. Heureusement ils ont pu continuer leur œuvre dans le champ social).

Ce livre nous apprend qu'il y a eu une loi méconnue de la psychiatrie, celle du 30-12-1970 portant réforme hospitalière : l'Etat y juge la médecine réalisée à l'Hôpital à cette époque et conclut : « Vous Hôpital, traitez mal les vieillards, les enfants, les handicapés. Pour cette raison nous vous demandons de vous recentrer sur les soins, et nous allons confier ces trois populations au social par décrets sous deux ans. »

Cette loi est passée totalement inaperçue de la psychiatrie.

Les auteurs nous apprennent qu'en fait ce ne seront pas des décrets et que cela se passera 5 ans plus tard : deux lois lui succéderont en 1975 et régleront le handicap et les institutions sociales. Deux raisons vont provoquer l'hostilité de la psychiatrie contre elles, n'ayant pas noté que leur date de naissance remontait en fait à 1970. D'abord il faut remarquer que le volant 'psy' de cette loi de 1975 n'a été l'objet d'aucune concertation avec les professionnels de la psychiatrie, alors qu'elle vient légiférer sur le terrain propre à la psychiatrie. Ensuite la

décision prise va à l'encontre de toute la tradition de la pensée sur les troubles psychiques : en effet, sans le dire, elle coupe la psychiatrie en deux champs étanches, l'aigu est confié au soin cad à l'hôpital, le chronique est confié au social ; cela revient à dire qu'il y a deux catégories de malades, les aigus et les chroniques ! Clivage absurde. Toute l'expérience des soins prouve que l'aigu et le chronique (cad une certaine stabilité) se succèdent de façon variable tout au long de la vie des personnes présentant des troubles psychiques ; ce ne sont que deux pôles d'un même trouble avec des expressions différentes.

Certes nous serons amenés à apprécier l'amélioration que cette loi apporte aux ressources des patients qui acquièrent un peu de liberté sociale avec l'allocation AAH, de ce fait un nombre important de patients peuvent enfin sortir de la misère concentrationnaire des hôpitaux.

Les auteurs ajoutent que l'Etat se rend compte très vite de l'absurdité partielle de sa décision, et qu'il ne va cesser de tenter de réparer son erreur : -dès la loi de 1975, il ajoute le médical au social avec le 'médico-social', - puis la loi de 1996 permet au directeurs d'hôpitaux de créer des structures médico-sociales, -enfin arrivent les lois de janvier et mars 2002 et la grande loi du 11-2-2005 'sur l'égalité des chances pour les personnes en situation de handicap', et notamment le handicap psychique, nouvellement reconnu.

2) -Une autre surprise m'attend : la rencontre avec l'UNAFAM. Certes notre équipe avait travaillé avec des familles dès 1977 dans notre conseil de secteur, et nous faisons des groupes de parole avec elles. Mais entendre des milliers de familles exprimer leur douleur devant la maladie est une profonde surprise, douleur connotée dans le rapport demandé au député de Paris Charzat par Ségolène Royal, par cette phrase « Savez vous ce qu'est l'arrivée de la psychose dans une famille : la guerre civile ». Cette souffrance est ignorée, refusée, abandonnée par la plupart des psychiatres qui font tout pour esquiver les familles, alors que celles-ci après 10 à 20 ans de souffrance ont intensément besoin, un besoin vital, de parler sans honte, sans culpabilité de ce qu'elles ont vécu, et de ce qu'elles ont encore à vivre ; de plus ces familles ont accumulé une compétence dans leurs liens avec leur enfant dans la vie quotidienne qui est utile pour les soignants, mais qu'ils ne reconnaissent pas. Pourtant ces familles éconduites n'en veulent pas aux soignants, convaincues de la complexité de la maladie et de la psychiatrie, elles se réunissent en Association où elles font un travail remarquable de prise de distance, analogue aux supervisions des soignants. Elles réfléchissent à un avenir pour la psychiatrie, et ont l'intelligence de se rapprocher de la jeune Fédération des patients, les usagers, laquelle vient de naître. Ensemble elles élaborent le 'Livre Blanc de la Santé Mentale' qui sera contresigné en 2001 par les Croix Marine et les représentants de la psychiatrie publique. C'est un programme clair et précis. Ensemble elles font ensuite reconnaître au Président de la République qu'une partie de la population handicapée a été oubliée dans la loi de 1975, les personnes en situation de handicap psychique. Puis sous leur seule impulsion parait la loi du 11-2-2005, suivie de ses 75 décrets dont le plus passionnant bien que modeste pour son coût, est le GEM, groupe d'entraide mutuelle, outil qui, détail exceptionnel, est la propriété des usagers, ceux ci voyant reconnaître enfin leur statut 'd'acteur social'.

3) - Ma troisième découverte fut la lecture attentive des livres de Gladys Swain accompagnée bientôt par son mari Marcel Gauchet « A la recherche d'une autre histoire de la folie » (Le sujet de la folie 1977, La pratique de l'esprit humain 1980, Dialogue avec l'insensé 1994).

Telle Agatha Christie ou Sherlock Holmes, elle décrypte toutes les fausses vérités affirmées sur la naissance de la psychiatrie. Elle met en valeur, contre son maître M Foucault qui n'avait vu là qu'une lutte pour le pouvoir entre les mains des médecins, le vrai sens de la naissance de la psychiatrie ; celle ci d'abord n'a pas été le fait d'un homme seul et cherchant le pouvoir, mais d'un couple réunissant l'ancien malade devenu gardien, ancêtre des infirmiers, Pussin, et le jeune médecin Pinel, découvrant l'un après l'autre (Pussin le premier) que les chaînes ne calment pas les malades mais les rendent encore plus fous (pourtant en 2006 on voit revenir

cellule et camisole entre les mains de jeunes n'ayant pas reçu de formation clinique suffisante). A partir de là ils apportent une conclusion qui continue à poser question aujourd'hui, puisque si les soignants renouvellent cette découverte dans leur expérience, à l'inverse bien des pseudo scientifiques la nient, ils concluent : « La folie complète n'existe pas. Dans chaque homme malade sur le plan psychique, il y a une part saine et une part folle ». Cette découverte est essentielle pour la formation, pour la pratique comme pour diminuer la stigmatisation de la folie et de la psychiatrie. En 1900 Freud le confirmera et montrera que toute personne troublée établit un 'clivage' entre deux parties de sa personnalité. Ainsi l'essentiel du travail du soin va se construire sur la parole (le traitement dit 'moral' – ceci pour le distinguer du traitement physique, et la talking cure de Freud, - un ramonage par la parole), qui remet en scène l'homme.

Mais hélas pour nous, l'histoire de la naissance de la psychiatrie ne s'arrête pas là, elle s'accompagne d'un mouvement inverse, qui va mettre l'humain en sourdine. Pinel, puis Esquirol son élève, vont constater qu'enlever les chaînes ne suffit pas pour guérir un bon nombre de personnes malades ; ils vont donc les séparer en deux groupes, les curables et les incurables ; puis ils sont pris par la fièvre du classement ; et après eux les classifications des maladies mentales n'arrêteront pas de se compliquer, de se développer jusqu'à aujourd'hui, sans satisfaire jamais personne ; la réalité se montrant toujours fuyante, et les classifications construisant toujours plus d'exclusion, l'une et l'autre oubliant ...l'homme à chaque fois un peu plus. Depuis deux psychiatries se développent : l'une s'affirme comme d'abord humaine, en sachant qu'elle court le risque de l'oublier à tout moment, et l'autre est d'abord technique et donc très vite inhumaine, en particulier lorsqu'elle sépare, pour des raisons 'scientifiques' le soin, de la vie quotidienne et des difficultés sociales.

4) –La quatrième surprise a été la rencontre avec la FNAPpsy. J'ai eu là une surprise encore plus grande qu'avec les familles, car leur arrivée sur la scène publique est toute récente, depuis dix ans, et elle renverse les idées reçues sur la folie ; pourtant la lecture de Gladys Swain aurait dû m'y préparer : les patients se réunissent en associations et se nomment usagers, ce qui veut dire qu'ils 'connaissent la musique' ; ils se présentent sur la scène publique sans honte d'être affublés de titre médicaux ; par là ils veulent affirmer leurs capacités psychiques et en même temps leurs difficultés sociales pour lesquelles ils demandent compensation. Rassemblés en association ils montrent à leur tour, mais de façon plus inattendue, leurs compétences en prenant de la distance par rapport à leur propre souffrance pour retrouver une place de citoyen et d'acteur social. Ils ont eu la force de choisir de s'allier avec les familles alors qu'ils pourraient se sentir hostiles.

Aujourd'hui nous sentons que ce compagnonnage entre familles et usagers est une prise de risque bilatérale, car les familles comme les soignants ont tendance à établir des liens de 'dépendance' à l'égard des usagers, en niant leur capacité à se diriger eux-mêmes dans la vie, les croyant incapables d'agir seuls ; c'est justement ce qui vient de se passer en quelques mois autour de la création des 300 GEM prévus ; l'UNAFAM, sans négociation s'est précipitée dans ces créations, elle a presque tondu la FNAPpsy, prenant 150 GEM alors que la FNAPpsy n'arrivait pas à 40, et la Croix Marine à 50. Il y a là un risque de crise. Si l'UNAFAM provoque la rupture elle y perdra beaucoup, car si la FNAPpsy implose ou disparaît, l'UNAFAM perd sa légitimité devant l'Etat et l'opinion.

5) –La rencontre avec l'Action Sociale fut ma dernière surprise l'an dernier. Le hasard encore a voulu que je sois invité à participer à la manifestation organisée par le CEDIAS autour de la loi de 1975. Mis en présence de Nicole Questiaux, Simone Weil et de nombreuses autres personnalités, votre serviteur découvre que d'une part la loi de 1975 concernait un champ beaucoup plus vaste que la psychiatrie, elle même très modeste, le champ médical et sensoriel, et que d'autre part que c'est le champ social dans son ensemble qui a été consacré cette année là, il comprend aussi l'enfance, les personnes âgées ; ce champ social comprend

aussi une armée de travailleurs sociaux très nombreux et dont le dynamisme trouve ses racines aussi dans la guerre et la résistance, et sa militance est très forte. Mais de plus nous découvrons que malgré ces distinctions les troubles psychiques et la souffrance psychique touchent à des degrés divers mais de façon évidente ces différentes populations, non que la psychiatrie doive envahir tout, mais plutôt que sa compétence est certainement plus complémentaire aux autres et plus utile que chaque champ pris à part ne le pense. Il y a donc un rendez vous à prendre là.

Je ne m'attendais pas à tant de découvertes où le soin et le social prennent peu à peu une place bien différente que lors de mon départ en retraite !

J'ai ainsi tenté de vous montrer par ce parcours d'équipe et personnel à quel point aujourd'hui en France le tableau est si complexe ; pourquoi, à la suite de véritables 'coups de théâtre' cachés et du fait que les acteurs étaient totalement penchés sur leur propre sillon, il y a eu à la fois cette division en deux champs séparés, et ensuite une non prise en compte de cette division. Aujourd'hui ce chemin est irréversible, les deux champs sont très solides et bien identifiés.

Dans le même temps en regard de l'unité de l'homme, nous sentons tous qu'il est indispensable que s'établisse une continuité entre ces deux champs pour que chacun se sente au service des mêmes personnes, tout en développant dans chaque champ, à la fois -des compétences précises, - un besoin de complémentarité mutuelle et -une élaboration permettant leur continuité entre eux.

Malheureusement nous savons aussi qu'il y a là au moins trois difficultés, dont nous ne devons pas mésestimer l'importance :

-le blocage du milieu professionnel de la psychiatrie : celui-ci est bloqué dans son évolution, le nez dans le guidon, il est terrassé, le mot n'est pas trop fort, par des pressions administratives encore jamais égalées, totalement inadéquates ; de ce fait il n'a pas assez de liberté de penser comment la distinction soin - social s'est opérée, si bien qu'il la reçoit comme un obstacle supplémentaire qui vient s'ajouter aux autres !

-de plus ce milieu est aussi en pleine crise d'identité, car le pacte national autour duquel a été basée la reconnaissance de la place spécifique de la psychiatrie en 1838, cad les classifications des maladies mentales justifiant la séparation des patients et la création de l'asile, n'est plus pertinent aujourd'hui, en raison de nos connaissances nouvelles, de la désignation différente des souffrances psychiques dont une partie est existentielle (elle fait partie de la vie et n'est pas pathologique). Rien n'a été élaboré à la place. Il n'y a pas eu de débat parlementaire pour confirmer la révolution de la psychiatrie de secteur. Et seul un débat politique suffisamment long et étayé peut arriver à établir un nouveau pacte national. Il faut aller vite car les forces de destruction s'accroissent : la société libérale pousse les psychiatres à quitter le service public pour avoir un meilleur statut social et un plus grand respect et s'installer dans le privé (alors que la France est un des pays qui a le plus grand nombre de psychiatres au total), et comme les infirmiers ont perdu leur identité psychiatrique il n'y a plus aucun corps de professionnels pour défendre la psychiatrie de service public, comme il y en a eu entre 1960 et 1985, tandis que des parts de plus en plus grandes de la population traversent des difficultés sociales et économique majeures,

-le champ social et médico-social concernant le handicap psychique reste encore très peu développé par rapport aux vrais besoins des usagers. Il a besoin que se lève une armée de promoteurs créant les associations qui vont rassembler les militants du social (qui sont déjà très nombreux et qui sont très motivés).

Alors tout est perdu, et il n'y aurait plus d'espoir !
Certainement pas !

Il y a en particulier un lien très fort qui peut s'établir entre le social et le soin grâce aux nouvelles lois de 2002 et en particulier celle du 11-2-2005 qui est, dans la pratique comme dans les idées, très stimulante. Celle-ci est une opportunité remarquable pour la psychiatrie parce qu'elle apporte ce qui manque à la psychiatrie depuis sa naissance : la référence au 'collectif' et son appui sur lui ; en effet la psychiatrie s'est construite autour de la référence au seul individu et autour de sa seule autonomie ; alors que cette loi est une loi qui s'établit sur un constat de comparaison (le handicap d'une personne est une comparaison à d'autres sur le plan des capacités sociales, au lieu d'être un rapport hypothétique à une soit disant normalité), et sur la proposition de services mettant en place des liens collectifs entre ces personnes. Ce rapprochement est salubre pour la psychiatrie et doit l'enrichir au lieu de l'effrayer, mais cela demande à être travaillé avec attention.

Permettez un tout petit retour sur le sillon 14-G-93 que j'ai tracé et retracé avec vous tout à l'heure : je vous avais expliqué que j'avais quitté Bondy après avoir constaté l'échec des efforts de l'équipe sur le plan social. Je constate que cette année, grâce à la loi 2005, la même équipe avec un nouveau chef Patrick Chaltiel, fort de la continuité établie sur la solidité des soins antérieurs, a su rassembler ses efforts vers la promotion du social ; ses efforts sont couronnés de succès puisqu'il est en train de faire créer par les associations travaillant sur son secteur quatre services complémentaires aux soins dans le champ social et médico-social : - une trentaine de logements grâce à des conventions avec les bailleurs, -un appui social de ces personnes grâce à la création d'un SAMSAH, d'un GEM, puis d'un ESAT d'une quarantaine de places recevant pour formation au travail pendant quatre ans une quarantaine de personnes, IRIS MESSIDOR, essaimage des services créés autour de Lyon par Vincent Véry.

Il a su analyser notre expérience antérieure dans le champ social, non comme un échec, mais comme un défi à relever. Et il y arrive. Pourquoi cela ne se ferait-il pas dans toutes les équipes de secteur ? C'est le défi que la Fédération des Croix Marine soutient actuellement.

V CONCLUSION : CONSTRUIRE L'AVENIR.

Il est donc justifié d'affirmer que la loi 2005 se présente comme une opportunité pour la psychiatrie : encore faut-il repenser les limites de la psychiatrie, en tenant compte du concept général de souffrance psychique, de la dimension collective complémentaire à la réponse individuelle dans le soin comme dans le handicap, de la possibilité de s'appuyer sur la complémentarité des acteurs des deux champs, et ainsi préparer la continuité entre le soin et le social.

Construire l'avenir ce serait :

- montrer l'interaction constante des soins et du social pour la même personne,
- inviter la psychiatrie à se redéfinir en cassant les clivages dus par exemple aux classifications des maladies mentales ; en s'intéressant plus à la souffrance psychique, et à partir de là à la nécessaire complémentarité des acteurs du soin et du social,
- d'abord en abandonnant définitivement les enceintes des grands espaces hospitaliers pour exiger d'installer les lits en ville, à proximité de leurs habitations,
- en réalisant la disponibilité des soignants, ce qui permet de refuser le recours dévastateur aux soins sous 'contrainte', ou au 'réseau obligatoire',
- inverser la fuite en avant de la psychiatrie qui pousse à multiplier les fausses spécialisations qui cherchent à augmenter sans cesse à grands frais et sans limites, se dispersant en intersecteurs, détruisant le secteur de base,
- au contraire, d'abord reconstruire « la psychiatrie générale » en train d'être mise en miettes, et ceci autour des trois besoins simples que demandent les familles, perdues devant la multiplicité actuelle des structures de soin :

- 1 -une disponibilité 24/24 h en un point du secteur,

2 -des soins intensifs de courte durée,

3 -des soins extensifs variés, dont certains au long cours (de la consultation aux activités médiatisées),

-inviter la psychiatrie à établir des liens de continuité avec les partenaires du social et du médico-social, les associations avec les SAVS, SAMSAH et GEM ayant tous la perspective d'aider les usagers à habiter leur citoyenneté, les familles étant le plus souvent reconnues là comme tiers,

-avec le souci de bâtir une continuité entre les actions, évitant les fausses excuses de refus que sont les prétextes des secrets professionnels, et en écartant l'accumulation des infos excessives qui étouffent : un vrai travail de continuité à la recherche du sens qui soutient la démarche humaine et réunit le patient et la personne en situation de handicap.

Une mise au point est indispensable, il s'agit de mettre en exergue le fait qu'aucun acteur du soin comme du social n'est en mesure d'avoir une vue complète et durable de la réalité des besoins d'une même personne dans le champ de la santé mentale. La concertation entre tous est donc constamment nécessaire.

Il est pertinent enfin de reconnaître une bonne fois la « légitimité des usagers » comme acteurs seuls capables, eux, de préciser la réalité, la diversité, et la complémentarité de leurs besoins.

Il est prudent de se méfier des nouveaux modèles administratifs surtout lorsqu'ils sont importés d'autres domaines et d'autres pays. Par exemple, 'il suffirait d'installer un réseau', et le courant passerait, entend on ! C'est un leurre. Pour que le courant passe il faut tout un travail préalable, et chaque lien est indispensable, à créer, à modeler selon les événements, le lieu, le moment, mettre le réseau ne suffit pas.

La question primordiale pour que cette réflexion se travaille, se remodèle, c'est bien la « formation » de tous. Qu'il y ait des troncs communs au départ, certes, mais surtout que la formation permanente soit entendue comme une nécessité ; elle serait bienvenue si elle était régulièrement menée de façon transversale en particulier en associant des professionnels de la psychiatrie, du social, avec les familles et les usagers. Ensuite toutes les occasions sont bonnes pour croiser les expériences, les faire partager aux différents acteurs aux différents niveaux, local comme national.

En dernier recours revenir à la question centrale de la « peur de la folie » est le temps indispensable, incontournable.

Il est en effet nécessaire d'avoir en perspective, toujours, la lutte contre la stigmatisation, celle-ci est constamment en train de détourner et de dégrader le contenu et le sens de nos efforts ; cette stigmatisation touche la reconnaissance des troubles psychiques, tout le champ de la psychiatrie et l'ensemble de celui de la compensation du handicap. Elle a toujours pour origine la peur non avouée de la folie, cause de clivages successifs, de classifications, de mises à l'écart. Les usagers ont là à jouer un rôle fondamental. L'attitude de base est ici de rester attentifs à la fois à ce que FNAPpsy et UNAFAM fassent cause commune sur de nombreux objectifs, et en même temps que la FNAPpsy se développe avec force en veillant à sa cohésion interne de fédération.

A partir de là nous avons à nous demander s'il n'est pas possible de ré apprivoiser la folie dans la multiplicité de ses expressions, mettre à plat ce qui fait peur pour le désamorcer, parler avec simplicité de la violence et de l'angoisse, du suicide même (comme le diffuse le Pr Terra, qui démontre clairement que le suicide n'est pas une question centrée sur la seule psychiatrie, mais que la lutte contre le suicide concerne et implique tout un chacun dans l'ensemble de la société) ; toutes questions qui doivent ne pas rester captives entre les mains

de la psychiatrie, mais devenir des objectifs 'sociaux', généraux ; il est donc essentiel de les démythifier, seule façon de les limiter.

J'arrive donc au bout de mon sillon, et n'étant pas plus littéraire, ni philosophe que je ne suis scientifique, je ne ferai pas de citation.

Je pense simplement aux nouveaux acteurs, et à leurs nouveaux sillons. Si nous pouvions ensemble apprendre comment raison et déraison ont à vivre ensemble et non à s'exclure, comme dans l'art, la fantaisie, l'amour, la vie...

Je me permettrai peut être une vignette 'juridique' racontant l'histoire des liens du soin et du social en France en trois époques :

-1800-1970 : Ce fut une longue union, en fait une 'fusion' où chacun étouffe l'autre.

-1970 : Survint un coup de théâtre, le deus ex machina du théâtre classique ; l'Etat prononce 'le divorce sous contrainte'. Chacun alors va vivre de son côté, et pour combattre la solitude infernale qui tombe sur lui, s'empresse de critiquer l'autre.

-2005 : Voilà un nouveau coup de théâtre, du jamais vu, qui laisse chacun médusé : un remariage officieux et public est prononcé ; officieux car il se fait par contumace, en l'absence de l'autre ! En effet l'autre, le deuxième, n'est pas informé officiellement qu'il ne vit plus seul !

Une question subsiste donc : comment favoriser un mariage d'amour, après l'expérience de la douche écossaise d'une chaude fusion suivie d'une froide séparation sans avoir encore été un véritable acteur, c'est-à-dire libre de ses choix ?

Il s'agit bien encore de « l'audace d'une rencontre ! ».