

Congrès de l'USP, 20 au 22 mars 2026, Paris

USP : histoires.

Paul Bretécher

La question qui m'est initialement posée aujourd'hui est des plus vagues : dire quelques mots à propos de l'histoire de l'USP à quoi s'ajouterait dans un second temps : la question des normes. Est-ce que cela veut dire quelles sont les normes auxquelles l'USP serait attachée, ont-elles varié au cours du temps, et corrélativement quelles sont celles qu'elle aurait récusées. Ainsi posée, à cette vaste question, la réponse, de ma part, ne peut être que partielle et forcément subjective.

Elle sera partielle car un véritable travail relatant l'histoire de l'USP, situant son origine, le contexte de son émergence, le rôle des acteurs qui l'ont portée, relatant les actions qu'elle a menées, les débats qui l'ont traversée et les pratiques dont elle pouvait se prévaloir demanderait de s'astreindre à une recherche sérieuse dont je n'ai ni la capacité ni la prétention. Il faudrait fouiller dans les archives, interroger les militants qui s'y sont investis, récapituler ses prises de position face à l'évolution des politiques d'Etat, répertorier ses alliances ou divergences avec d'autres organisations syndicales (SPH, SPEP, Syndicat des Psychiatres Privés, SMG, syndicats des psychologues, syndicats infirmiers etc...) et bien sûr ses rencontres avec les associations d'utilisateurs. Cela pourrait faire l'objet d'une thèse ou d'un récit documentaire à la manière de Lion Murard et François Fourquet qui dans le cadre du CERFI avaient déroulé l'« Histoire de la psychiatrie de secteur » ou plus récemment comme Olivier Aprill l'a fait à propos des séances du GTPSY (« Une avant-garde psychiatrique », EPEL, 2013).

Ce que je vais évoquer sera donc très lacunaire et daté. Bien d'autres, ici, dans cette salle auraient pu le faire à ma place, plus précisément et en choisissant des points de vue différents. Je pense qu'ils compléteront et corrigeront ce que j'aurai avancé.

Mais pour commencer, je voudrais citer quatre personnes dont j'aurais aimé entendre la voix sur ce sujet, quatre proches, qui ont contribué à nourrir la réflexion du syndicat et à développer ses actions aussi bien dans ses débats internes que par leurs initiatives en débordement sur d'autres scènes. Leur but : faire se croiser des chercheurs, des praticiens, des militants français ou étrangers concernés par l'examen des dispositifs en fonction desquels on reconnaît, catégorise et traite la folie dans ses différentes manifestations. Je reviendrai plus loin sur cette référence à la notion de dispositif, que l'on doit évidemment aux travaux de Michel Foucault.

On connaît la dette que l'USP doit à Franck Chaumon, disparu l'an passé. Faisant partie des fondateurs du Syndicat des psychiatres en formation dans les années 70, il est de ceux qui vont créer le Syndicat de la Psychiatrie. Il sera également un des animateurs du « Cheval Bleu », développera une série de recherches sur les rapports entre psychiatrie et justice et à partir de 1993 sera un des promoteurs des séminaires, colloques et publications de l'association « Pratiques de la folie », et évidemment aussi membre du collectif des 39.

Je dois aussi mentionner Claude Louzoun qui sera lui aussi de l'aventure du Cheval Bleu où il sera avec Robert Castel et Markos Zafiroopoulos coordinateur d'une recherche intitulée « Contribution à l'inventaire de la psychiatrie déségrégrative ». Il sera également un des animateurs de l'association « Accueil » réunie autour de Ginette Amado où se retrouvaient les équipes engagées dans la pratique des centres d'accueil et de crise, puis de l'association « Progrès » réunissant les promoteurs de structures d'insertion alternatives au modèle du travail protégé, et enfin, bien sûr à partir de 1989, il sera à l'initiative de la Création du CEDEP avec ses séminaires européens et ses publications. Lui aussi fera partie du collectif des 39.

On ne peut pas oublier non plus Bernard Doray qui s'est trouvé au croisement de multiples publications, recherches et congrès du fait de sa nomination en 1982, Ralite étant ministre de la Santé, comme chargé de mission à la Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation durant une douzaine d'années. Il contribuera au financement de recherches, celle du « Cheval Bleu » mais aussi à partir de 1985 à de multiples investigations conclues par un colloque en 1988 dont rend compte la publication des actes « Regards sur la folie » en 1993. Par la suite on connaît ses travaux, ses enquêtes aux quatre coins du monde en territoires de catastrophes et de traumatismes.

Enfin, constamment présent à l'USP, Alain Chabert, animateur de « Pratiques de la folie » et instigateur de ses séminaires de montagne l'hiver aux Karéllis. Depuis l'origine, il a été aussi un acteur très actif au CEDEP et un des tenants du dialogue entre les approches systémiques et psychanalytiques dans la pratique d'une psychiatrie publique non coercitive.

Si je tiens à évoquer leur mémoire, c'est parce qu'ils ont incarnés chacun singulièrement un parti pris à l'origine du syndicat et qui est resté sa boussole : comment et avec qui concevoir des pratiques soignantes en psychiatrie fidèles aux idéaux de ceux qui, au sortir de la guerre, avaient cherché à remédier à ce que la Revue Esprit en 1952 qualifiera de « Misère de la Psychiatrie » : misère quant aux moyens alloués aux établissements, misère des lois régissant les internements, misère des préjugés sécuritaires associés à la folie, misère des formes de soins envisagés, misère des idéologies scientistes présidant à sa compréhension. Cette critique donnera lieu, comme on le sait, à des propositions pratiques et théoriques visant à y remédier : invention de la Psychothérapie Institutionnelle, mise en place des premiers secteurs (dans le 13<sup>e</sup> par exemple), formulation du désaliénisme. Pour les adhérents de l'USP, et heureusement bien d'autres d'ailleurs, ce sont aujourd'hui encore des références incontournables. Mais si l'on revient au contexte de la création du syndicat, on doit aussi se souvenir que le grand brassage d'idées issu de l'après-guerre qui conduira aux « Journées du Livre blanc de la psychiatrie française » en 1965 et 1966, ne trouvera de concrétisations progressives qu'après 1968. Jusque-là, la circulaire du 15 mars 1960 instaurant le secteur psychiatrique restera quasiment lettre morte. Les bastions asilaires tenaient toujours debout. La neuropsychiatrie gardait le monopole des formations. Et ce n'est qu'en 68, on le sait, que sera instauré le CES de psychiatrie distinct de celui de neurologie. Sans cette décision, il n'y aurait pas eu, par la suite de Syndicat des psychiatres en formation puis ultérieurement ni SP, ni d'USP.

Or, dans les années post-68 va souffler un grand vent qui décoiffe et qui aura, me semble-t-il, une influence sur l'impulsion des changements à venir. A distance aujourd'hui, on qualifie

globalement avec une condescendance ironique, voire une condamnation sans appel, l'effervescence de cette époque globalement confondue dans la réprobation sous l'appellation d'« antipsychiatrie ». On met ainsi dans le même sac tout un ensemble de réflexions, de prises de positions et d'expériences auxquelles seront sensibles des militants du SP dont ceux à qui j'ai voulu rendre hommage en ce début d'intervention. C'est la période où, par exemple, les travaux de Michel Foucault, ignorés ou rejetés par la plupart des psychiatres, à part Lucien Bonnafé, commencent à être pris en compte. D'autre part, il ne faut pas oublier que la fameuse antipsychiatrie anglaise, seule vraiment revendiquée par un de ses membres David Cooper, a été introduite en France par une psychanalyste lacanienne, Maud Mannoni lors du colloque « Enfance aliénée » où Ronald Laing était intervenu et qui s'est tenu en 1967 avec la bénédiction de Lacan. Dans l'atmosphère post soixante-huitarde, il faudrait mentionner aussi la réception éditoriale et l'audience publique des écrits de Roger Gintis « Les murs de l'asile » ( Maspéro, 1970) ou encore « La psychiatrie doit être faite et défaire par tous » ( , Maspéro 1973) bien que leur auteur, proche de Tosquelles et Oury ne se soit jamais revendiqué de l'antipsychiatrie . On y associe également des journaux comme « Les cahiers pour la folie » qui font circuler des textes, témoignages politiques ou récits poétiques de patients, de soignants ou de proches concernés par la folie. Et que dire du mouvement infirmier L'AERLIP qui en 1974, avait perturbé le congrès de « Psychiatrie de langue romane » et qui, cette fois, voudra rendre visible, en dehors des syndicats, les petites mains du quotidien des services ?! C'est aussi la décennie où le GIA est fondé, collectif de patients qui, eux à leur tour, font savoir qu'ils ont leur mot à dire. Et surtout, il y aura les fameuses rencontres du « Réseau Alternatif à la Psychiatrie », en Europe, à Paris, Bruxelles, Trieste et plus tard Rome auxquelles un certain nombre de nous se rendront. On y croisera les vedettes : Basaglia, Gervis, Guattari, EL Khaïm, Castel, Cooper, Laing, mais aussi de très nombreux soignants de divers horizons, espagnols résistants au Franquisme, Portugais débarrassés de Salazar, Belges, Hollandais, Allemands plus ou moins proches du SPK et des collectifs de patients mécontents du sort que la psychiatrie classique leur a réservé.

Dans ces débats souvent très houleux, un point de convergence : la condamnation du dispositif asilaire. Rien d'étonnant du fait de l'état catastrophique dans lequel se trouvaient majoritairement les hôpitaux italiens et de celui des hôpitaux français qui ne pouvaient pas non plus être considérés comme des exemples incontestables. En revanche, les divergences resteront très vives quand devront se préciser ce que seraient ses alternatives. Certains défendront le modèle des communautés thérapeutiques anglaises qui inspirera, avec quelques inflexions, la création des maisons communautaires de « Santé mentale et communauté » à Villeurbanne par exemple. D'autres mettront en avant les « free clinics » des USA gérées par des patients ou défendront l'intérêt des lieux de vie comme espaces de rupture à distance des cadres de soins labellisés, et feront un détour par Monoblet où s'est implanté Fernand Deligny. Mais c'est surtout autour de « Psichiatria democratica », le mouvement initié par Franco Basaglia et son équipe, à partir de Trieste après l'expérience de Gorizia que se cristalliseront les controverses. Il faut dire qu'à l'époque ce qui se passe dans cette mouvance italienne connaît un certain retentissement. Le film documentaire « Fous à délier » (1975) auquel a participé entre- autres Marco Bellochio a contribué à l'ériger en exemple de ce qui peut être réalisé quand des équipes soignantes s'ouvrent vers la cité, avec le concours de

syndicalistes, d'administrateurs politiques, d'artistes, de familles, et de chercheurs en sciences sociales : ouvertures d'appartements collectifs en ville, créations de coopératives sociales, de radios libres, mise en place de centres de santé de quartier ouverts tous les jours 24 heures sur 24 et disposant de quelques lits d'accueil . Bref, vu de notre côté des Alpes on peut alors fantasmer que ce genre de pratiques pourrait inspirer ce qui essaime sur les secteurs. Un certain nombre d'entre nous, militants du SP, feront alors des voyages, souvent avec des membres des équipes où ils travaillent, à Trieste, Arezzo, Turin ou Parme pour vérifier sur place ce qu'il en est exactement. Dans mon cas, du fait d'un article élogieux dans la revue *Esprit*, j'irai même jusqu'à Giugliano, une banlieue déshéritée de Naples, où Luciano Carino, a implanté un service de psychiatrie au cœur d'un centre de médecine sociale.

Les conclusions à la suite de ces visites seront très contrastées au sein même du SP. Dans un entretien récent où il revient sur son parcours, Patrick Chemla rappelle, par exemple, son fort désappointement à la suite d'une visite à Trieste, notant une trop grande discordance entre les discours idéologiques et les pratiques effectives. De façon plus générale, on sait qu'en France, les appréciations à propos de la mouvance liée à *Psichiatria Democratica* pourront diverger chez des personnes pourtant très proches. Un exemple : Jean Oury la condamnera longtemps, sans réserve, alors que Félix Guattari leur portera une attention, assez critique mais sans jamais interrompre le dialogue avec les successeurs de Basaglia (cf « De Léros à La Borde »). On pourrait avancer très superficiellement que l'opposition majeure entre les « italiens » et les « français » cherchant à promouvoir des pratiques alternatives à l'asile, tiendront alors à deux points principaux. Tout d'abord une compréhension très différente du terme « institution » référée à Goffman pour les italiens et à la psychothérapie institutionnelle chez les français. Ensuite il faudrait considérer leur rapport radicalement divergent à la psychanalyse. Sur ce point, pour les premiers, elle n'aurait pas été le levier essentiel permettant la refonte des pratiques alors que les autres, au contraire, tiendront ses apports pour un des outils conceptuels et pratiques indispensables à toute rénovation. Mais ce n'est pas si simple. Quelqu'un comme Tony Lainé, favorable on le sait à la psychanalyse pourra écrire : « En ce sens, on ne peut manquer qu'il existe des parentés étroites entre le courant désaliéniste dans ses origines et l'antipsychiatrie notamment italienne. Dans les dernières années de sa vie, Franco Basaglia avait dit à l'un d'entre nous son intention d'écrire un ouvrage pour montrer que les bases théoriques de l'antipsychiatrie étaient françaises, mais aussi pour s'interroger sur les difficultés qui avaient été celles de sa mise en acte. » (« Le défi de la folie », p 198 Lignes, 2018). Cette question demanderait sans doute des analyses plus détaillées. Mais nous n'en sommes plus là aujourd'hui.

Le côtoiement des Italiens aura, comme je l'ai mentionné, quelques retombées parmi les militants du SP très investi par ailleurs dans les commissions préparatoires à la rédaction du rapport Demay. Quelques exemples : Jean luc Metge en 1980 publiera aux éditions du scarabée (ed des CMEA) « *Psichiatria democratica* ou l'optimisme de la pratique ». Bernard Chouraqui et Franck Chaumon rédigeront l'article « Franco Basaglia » pour l'Encyclopedie Universalis. Le nom de l'association « Le cheval Bleu » qui cherchait à développer dans le champ culturel, avec des artistes, des manifestations, des expositions, des débats problématisant le sort réservé, dans nos sociétés, à la folie ne doit rien au mouvement le « Cavalier Bleu » des peintres d'avant-garde du début du 20<sup>e</sup> siècle. C'est une allusion à

Marco Cavallo, ce grand cheval de bois et de papier mâché, de couleur bleue, réalisé avec des patients dans les ateliers de l'hôpital de Trieste et promené dans la ville comme symbole d'ouverture vers la Cité, à l'image d'un cheval de Troie. Par ailleurs, on a peut-être oublié, sans doute parce que par la suite il n'y sera pratiquement plus fait allusion, que le nom « Pratiques de la folie », association fondée en 1993, dont on connaît les nombreux séminaires et colloques auxquels beaucoup d'entre nous ont participé, reprend le titre du premier congrès de « Psychiatria Democratica » intitulé « Pratiche di follia » qui s'était tenu quasiment 20 ans plus tôt à Gorizia.

Enfin, il faut dire un mot du CEDEP qui, dans ses séminaires ouverts à des contributions européennes (Belges, Allemandes, Espagnoles, Portugaises, Suisses, Grecques) s'est évertué à garder des contacts personnels et des dialogues non sans controverses avec des acteurs de « Psichiatria democratica ». Claude Louzoun considérait par exemple, que si nous pouvions nous inspirer du travail de certaines coopératives sociales italiennes dans lesquelles travaillent des patients, ou encore des centres de quartiers ouverts 24 heures sur 24, les applications de la loi 180, très inégalement réalisées selon les régions et souvent sans les moyens financiers, humains et les soutiens politiques nécessaires n'avait pas eu que des retombées aussi désaliénantes qu'il était prétendu. Il insistait également avec d'autres sur un risque que Basaglia lui-même avait souligné : la récupération de la critique anti-asilaire par les tenants d'une re-médicalisation normative et scientiste des prises en charge des maladies mentales.

C'est sans doute ce dernier point, au regard de ce qui se passe aujourd'hui, qui conduit des militants qui s'y opposent à qualifier la déferlante à laquelle nous sommes confrontés de « nouvelle antipsychiatrie d'état ». Or, au regard de l'histoire, cette désignation est sans doute erronée. Dans son livre « La gestion des risques » publié en 1980, Robert Castel, attirait déjà l'attention sur ce qui pourrait fragiliser le développement d'une politique de secteur telle qu'elle avait été imaginée par ses promoteurs. Premier point de fragilité : le maintien d'une loi régissant les soins sans consentement (1838, 1990, 2011), dont la suppression prônée par les Bonnafé, EY, Sivadon, Daumezon, Mignot... n'est moins que jamais à l'ordre du jour. Or on sait que selon l'état d'esprit, les options et les moyens des équipes de soins elle peut être ou non problématisée. Elle peut être considérée comme un ultime recours quand toutes les autres options de soins envisagées se sont révélées inopérantes, ou au contraire, être admise comme une mesure banale dans la boîte à outil des soignants et qui s'impose comme un acte indispensable dans la majorité des situations d'urgence. Or qu'on le veuille ou non, ces lois demeurent ce qui reste pérenne de l'héritage asilaire.

Deuxième point que Castel signalait : l'enjeu de la persistance d'une formation des psychiatres essentiellement par les hospitalo-universitaires c'est à dire par les successeurs de la neuropsychiatrie rebaptisée actuellement neurosciences. La suppression de l'internat en psychiatrie date, on s'en souvient, de 1979. Castel alertait alors sur la probable revanche d'un courant dont les bastions universitaires et les laboratoires de recherche n'avaient aucunement été ébranlés par la contestation des années 70. Plus que jamais, solidement arrimés aux firmes pharmaceutiques et industries de la tech ils ne tarderaient pas à réaffirmer leur pouvoir hégémonique. Comme par le passé, annexant une certaine image de la science relayée depuis longtemps par des médias complaisants ( cf les articles dans les années 70 de madame

Escoffier-Lambiotte, journaliste au Monde, qui en faisaient déjà la promotion) ils se poseraient en maîtres de vérités incontestables. Heureusement sur ce terrain aujourd'hui, des voix dont le bagage scientifique ne peut être mis en doute, contestent cette prétention. On peut entre-autres citer François Gonon, dont l'intervention avait déjà marqué les esprits lors du séminaire du CEDEP à Bruxelles en 2011. Mais on pourrait aussi s'inspirer d'analyses plus anciennes et pourtant toujours actuelles comme celles de Georges Canguilhem. Je pense en particulier à sa fameuse conférence sur « Le cerveau et la pensée » prononcée en 1980 à la Sorbonne et que Lucien Bonnafé nous avait incité à lire. Canguilhem y avait déjà fait la généalogie et la critique des usages politiques des réductionnismes assimilant les productions de l'esprit des sujets humains aux avatars de la machinerie neuronale. Il montrait ainsi en quoi nous sommes irréductibles à un ordinateur que l'on pourrait reprogrammer en cas de défaillance, ou encore à un organe dont on devrait compenser les insuffisances ou les excès par des drogues, ou enfin à une sorte d'automate dont la conduite dictée par son code génétique appellerait une correction par une rééducation comportementale. Plus fondamentalement il mettait ainsi en garde contre toute extrapolation qui prétendrait réduire le sens que chacun, en relation aux autres, donne à sa vie aux effets calculables de mécanismes sans éthique ni capacité de rébellion. Heureusement il existe aussi, d'autres réseaux non universitaires qui permettent de se démarquer de cette entreprise de lavage de cerveaux et d'échanger des expériences et des savoirs à propos de pratiques non standardisées. On les connaît. Nous nous y impliquons : ce sont par exemple toutes ces journées dans la galaxie de la psychothérapie institutionnelle : à Saint Alban, Reims, Marseille, Landerneau etc...Elles réunissent tous ceux pour qui prendre soin d'autrui est avant tout une affaire humaine et non de la « quincaillerie électronique ». Mais il est clair que dans ces assemblées témoignant d'inventivité et de force d'imagination, on y entend aussi beaucoup de souffrance du fait des contraintes structurelles, financières et idéologiques qui discréditent les compétences et les savoir-faire des collectifs de terrain .

Or, ces contraintes, et c'est le troisième point, que Castel soulignait ne sont pas sans relation avec la centralité maintenue de l'hospitalisation dans les dispositifs de soins en psychiatrie. Dans une lettre adressée à François Tosquelles en 1982, Roger Gentis avait écrit : «... il se trouve que c'est justement depuis que nous hospitalisons moins, depuis que le service hospitalier ne représente plus qu'un lieu de passage (un passage que nous souhaitons le plus bref possible), depuis que nous sommes confrontés, sans référence bien sûr, à la nécessité de « soigner dans la cité » les psychotiques (et pas seulement eux) dont le chemin vient croiser le nôtre- c'est depuis que cette conjoncture s'est affirmée que nous nous sommes mis à créer pour notre usage de nouvelles institutions et qu'un jour j'ai réalisé que, sans vraiment y avoir pris garde, ce que nous faisons là, nous l'aurions autrefois appelé « psychothérapie institutionnelle » (Projet Aloïse, p 167). Ce texte est écrit en 1982, c'est à dire l'année où va être rédigé le rapport Demay. Ce que relate Gentis va dans le sens même de ce que préconisait ce rapport : la création d'établissements publics de secteurs avec une administration intégrée ne dépendant plus des directeurs d'hôpitaux. Le S.P. à l'époque soutiendra cette orientation. Cette conception était aussi celle d'un Lucien Bonnafé pour qui l'hospitalocentrisme restait une entrave au développement d'un véritable travail de soins dans la cité. En témoigne un texte écrit peu avant sa retraite, à Corbeil-Essonnes. Ce papier s'intitule « Au-delà de

l'hospitalisation ». Il n'y récuse pas la nécessité de ce qu'il nomme des « soins à pleine journée », mais il les imagine devant se dérouler dans un espace qui ne serait pas calqué sur l'organisation des services d'un hôpital mais serait totalement intégré au secteur. On se souvient de sa formule : « la question des lits en psychiatrie est une question à dormir debout ». L'hypothèse, on le sait, était alors la suivante : la mise en place d'une véritable pratique de secteur, avec une équipe en mesure de répondre aux demandes qui lui seraient adressés 24 heures sur 24, en liens avec les protagonistes susceptibles de la solliciter aurait forcément des retombées sur les traditionnels recours à l'hospitalisation, en particulier les demandes d'hospitalisation sous contrainte. Cette hypothèse de travail a souvent été très mal comprise, jugée trop radicale et utopique. Ainsi, dans le bel hommage que lui rend Jean Ayme dans l'évolution psychiatrique en 2003, l'année de la mort de Lucien Bonnafé, tout en soulignant leur longue fraternité dans des combats communs émet une réserve : il lui reproche l'invention du terme « hospitalocentrisme » dont se serviront dit-il les ministères Giscardien, pour justifier la fermeture drastique de lits dans la plupart des hôpitaux. C'est oublier que la critique de l'hospitalocentrisme visait non pas en soit le décompte des lits dont disposerait un service mais bien l'ensemble d'un dispositif de pouvoir organisant les pratiques.

Dans un commentaire du travail de Michel Foucault, prenant en compte l'évolution de sa pensée depuis « L'histoire de la folie à l'âge classique » jusqu'à « L'Usage des plaisirs » Gilles Deleuze explicite ce que désigne ce terme de « dispositif de pouvoir » chez son ami philosophe. Il le caractérise alors par une série de strates entrecroisées dont on peut dessiner le diagramme dans une formation historique donnée. Tout d'abord, il insiste sur ce qu'il nomme des « visibilité », c'est à dire, dans telle ou telle situation historique donnée, ce qui est mis en lumière, ce que l'on montre, ce que l'on choisit d'observer, ce qui est porté au regard, ce qui est éclairé et donc ce qui est rejeté dans l'ombre : exemple l'exhibition médiatique du crime d'un fou considéré comme dévoilant, aux yeux de ceux qui sont censés ne rien en savoir ce que serait l'essence même de la folie. A ces strates de visibilité sont liés des énoncés (lisibilités) qui expliquent, justifient ou légitiment le choix de ce qui est mis en lumière et indiquent les méthodes pour faire disparaître le problème révélé (dans notre exemple, l'ensemble des discours sécuritaires et les lois qui les accompagnent...). Mais ces strates sont, elles-mêmes, à la résultante de rapports de forces antagonistes plus ou moins figés ou plus ou moins mouvants qui leur donneront une consistance pragmatique et détermineront des positions subjectives qui concordent ou non avec elle. Autant dire que la composition d'un dispositif n'est pas fixe mais dépend, c'est une banalité de le rappeler, des rapports de forces mobilisées dont les strates peuvent varier au cours du temps.

Alors, pourquoi revenir sur les vieux débats à propos de l'hospitalocentrisme en référence à la notion de « dispositifs », débats qui semblent peut-être totalement dépassés et anachroniques aujourd'hui ? C'est tout simplement parce qu'un lit en psychiatrie n'existe pas tout seul, planté là sur une place publique ou le bord d'un trottoir. Et quand, depuis des décennies les différents gouvernements ont planifié la réduction draconienne du nombre de lit hospitaliers on savait bien que ce ne serait pas au profit du développement du secteur, mais d'un « virage ambulatoire » totalement calqué sur ce qui était adopté en médecine et en chirurgie. Pour autant, le lit n'en resterait pas moins l'unité de mesure cardinale au sein d'une structure dont l'organisation et la gestion reviendrait toujours aux directions hospitalières sous

la tutelle des ARS aux ordres des ministères. On peut alors se demander pourquoi la sectorisation, au cours de sa longue histoire s'est montrée si fragile et n'a pu se développer au point de relativiser la centralité de l'hospitalisation dans le dispositif psychiatrique. Et dans ce cas, si l'on admet, ce qui est souvent répété, que « la maladie mentale n'est pas une maladie comme les autres », pourquoi, ne pas avoir réussi à faire entendre, que des soins à temps plein, pourraient avoir lieu dans des institutions qui, ne relèveraient pas de la tutelle hospitalocentrique, mais supposeraient une autre forme d'organisation voire d'un tout autre dispositif. ( On peut citer l'exemple de la clinique de La Borde, dont le mode de fonctionnement, jusqu'à il y a peu, se démarquait du tout au tout du schéma hospitalier : moniteurs aux formations hétérogènes, temps de travail régi par « la grille », participation aux soins de non « professionnels de la profession », rôle essentiel des patients dans la gestion des club etc...)

Comme je l'ai indiqué, en conséquence, une analyse critique serait alors amenée à ne pas dissocier tout à la fois 1° la prise en compte des effets des lois qui régissent ce que l'on n'ose plus appeler internements, 2° les facteurs qui ont contribué à l'étiollement des options de travail dans la cité et le rôle qu'y ont joué les gouvernances médico-technico- administratives dirigeantes des établissements, 3° l'inflation des énoncés et leurs réseaux de diffusion faisant de la folie une pathologie sans histoire et sans contexte dont une science incertaine pourrait venir à bout.

Dernièrement, l'annonce de la fermeture possible du centre d'accueil et de crise de la rue Garancière nous a tous interpellés. A cette occasion on s'est souvenu du travail remarquable réalisé par l'équipe du Dr Amado qui, sous sa houlette, avait su, avec détermination faire la preuve qu'en multipliant les formules de soins alternatives à l'hospitalisation, il était possible de donner au secteur toute la place qui aurait dû être la sienne. Et dans ce projet, le centre d'accueil et de crise en représentait une pièce essentielle. Quand Mme Amado l'avait institué, d'abord à Champigny puis dans le 6° arrondissement de Paris, elle l'avait conçu, comme la base d'un élargissement de l'offre de soin sur un territoire, totalement distinct de l'organisation des services des urgences des hôpitaux. Ouvert 24 heures sur 24 tous les jours de la semaine, il devait permettre à des patients en détresse déjà connus du service ou pour qui le centre d'accueil serait peut-être le premier contact avec la psychiatrie de trouver un cadre apaisant où ils pourraient se poser le temps nécessaire et engager un dialogue confiant avec des interlocuteurs attentifs à leur histoire. Ce type de réponse contribuera, cela a été démontré, à diminuer considérablement le recours aux mesures de contrainte. C'était une voie à suivre, une entame dans un dispositif qui associe la prégnance sécuritaire, l'économie des moyens et le simulacre de la médecine de pointe. Malheureusement le dispositif ne se laisse pas facilement entamer. C'est pourtant, sans doute, avec de nouvelles alliances et dans la continuité de son histoire, ce à quoi l'USP devra s'atteler.

Post-scriptum : au nombre des combats gagnés par l'USP il ne faudrait pas oublier celui mené par le « collectif des vacataires » dont Paul Machto était un des principaux animateurs et qui associait l'USP et l'éphémère Syndicat de la psychologie clinique.

Cette longue bataille aboutira finalement en 1993 à la titularisation de centaines de psychiatres et psychologues investis depuis des années dans la mise en place de structures de soins dans la cité.