

Emmanuel Vigneron
Professeur, université de Montpellier

La T2A est-elle soluble dans la psychiatrie, ou l'inverse ?*

Un jour peut-être, un jour viendra, on écrira l'histoire de la territorialisation du champ MCO auquel on était parvenu en France au début du XXI^e siècle. Si l'historien est sérieux, si l'historien est honnête, il relèvera parmi le corpus législatif et réglementaire non seulement l'ordonnance de septembre 2003 mais aussi des prémices, des jalons, au premier rang desquels la loi du 28 juillet 1991. 2007 lui paraîtra alors très proche de 1991...

Notre historien vérifiera au passage qu'à quinze ans d'intervalle, ce sont en grande partie les mêmes personnalités que l'on retrouve à la manœuvre. Bel exemple d'opiniâtreté et de persévérance dans l'effort au service de tous dira-t-il, s'il est attaché à écrire l'histoire des personnages historiques, bel exemple de longue durée dira-t-il s'il est issu de l'École des annales, celle de Lucien Febvre et de Marc Bloch, celle de Fernand Braudel et de Georges Duby.

Et justement, s'il s'intéresse à la longue durée, celle d'où viennent les phénomènes de fond qui changent vraiment la société, il soulignera qu'il n'y a pas que la loi Evin, mais bien d'autres plus anciennes ou plus récentes : la loi de 1970 et celle de 1978, les ordonnances de 1996 et celle de septembre 2003. Et il aura cette formule « par-delà les courants politiques, la territorialisation s'est emparée du monde de la santé, au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, comme la mer s'empare des hommes libres. Mais n'est pas Victor Hugo qui veut. Encore qu'ici il s'agisse de Charles Baudelaire.

Sachant qu'une circulaire ne fait pas le printemps, notre historien dépouillera également les revues, les textes, les interviews de l'époque... Et il se rendra compte que l'idée vient de plus loin encore en exhumant une circulaire dactylographiée, datée du 15 mars 1960, qu'il lira avec l'émotion que l'on doit au temps des cerises Le livre noir du service de santé mentale français de 1974 ou les minutes du Congrès de Tours, celui de 1959, bien sûr. Il trouvera aussi les échanges de courrier entre un psychiatre du 13^e arrondissement de Paris, Philippe Paumelle, et les ministres d'alors dont il ne citera même pas les noms tant ils étaient nombreux.

Il soulignera la jolie expression d'un autre psychiatre, Hubert Mignot, sur le « crétinisme bureaucratique » et il notera les noms de Sivadon, de Ey, de Duchêne, de Balvet, de Tosquelles, de Daumézou et de

Lucien Bonnafé, d'autres encore. Il relèvera que beaucoup furent, sinon des héros de la Résistance, du moins des hommes qui firent alors honneur à l'humanité, des hommes de gauche, et il se rendra compte que tout cela fut d'abord une affaire politique, une question de pensée sociale, une question de philosophie morale, républicaine, fraternelle.

En creusant, il trouvera aussi Paul Eluard, son *Cimetière des Fous* écrit à Saint-Alban, et l'idéal communiste.

Il replacera donc les Sros de troisième génération dans une longue durée de l'ordre du demi-siècle et s'il ne parlera pas de « crétinisme bureaucratique », il pensera à l'existence d'une certaine vanité administrative. Dans le même temps, son collègue, attaché à l'histoire de la protection sociale, montrera que la loi instaurant la CMU en 1998 n'est jamais que le parachèvement de l'œuvre entreprise dès septembre 1944 par Alexandre Parodi et Pierre Laroque.

Fonctionnaires majeurs du gouvernement de libération nationale, gaullistes et non de gauche, parisiens du 16^e arrondissement et non provinciaux issus de l'école publique et laïque mais eux aussi républicains et fraternels. Il sourira un peu et posera la question : qui donc a écrit un roman ayant pour titre *Les Beaux Quartiers*? Si ce n'est un communiste qui en était issu : Louis Aragon.

Notre historien verra donc que la territorialisation en santé somatique s'est inspirée de travaux préparatoires à la sectorisation psychiatrique des années 1950. Et comme il est honnête, il mentionnera que cela avait déjà été remarqué dans des revues aux noms étranges

note

* Cet article est la synthèse de la présentation faite par l'auteur au séminaire Graph psy du 29 mars 2007, aux Hospices civils de Lyon.

et historiquement très datés : *Pluriels, Nervures, Rhizomes, Pratiques...*

Il comprendra mal, en retour, que vers 2010-2020 la santé mentale ne se soit pas davantage inspiré des expériences du champ MCO et il aura le vague sentiment d'un cloisonnement de la santé qui lui semblera complètement dépassé!

La psychiatrie publique n'est pas la psychiatrie privée. Elles ne s'occupent ni des mêmes personnes ni des mêmes pathologies...

En bon historien, soucieux de synchronie, il associera territorialisation et réforme du financement tout en notant que l'un et l'autre mouvements n'ont toutefois pas été portés par les mêmes hommes ou les mêmes femmes. Il notera peut-être que si les uns ont été marqués par l'histoire du secteur psychiatrique, les autres l'ont plus été par Reagan que par Clinton, par Thatcher que par Ken Loach, par l'orthodoxie de l'enseignement d'alors en économie que par une réflexion sur la lutte des classes.

Donc, cet historien ne comprendra pas, ne comprendrait pas, pourquoi l'instauration de la « tarification à l'activité » (expression affreuse, barbarisme administratif) dans le champ de la psychiatrie, la T2A comme on le disait alors comme on porte un cache-sexe, ne s'inspirât pas des leçons de son instauration dans le champ du trouble somatique.

Versé dans les méthodes quantitatives, notre historien saura en effet que les écueils de ce mode de tarification furent nombreux: course à l'activité, délaissement des activités d'intérêt général, accent mis sur l'acte curatif, avantage donné de fait à l'activité commerciale...

Il ne comprendra pas non plus que l'on ait recherché une convergence des tarifs du secteur privé et du secteur public. Faisant référence à une étude de la FHF publiée à la fin de 2005 sur l'impossible convergence des tarifs, il n'aura pas de mal à souligner que les périls étaient plus grands encore en santé mentale qu'en MCO, et ce pour bien des raisons :

- la psychiatrie publique n'est pas la psy-

chiatrie privée. Elles ne s'occupent ni des mêmes personnes ni des mêmes pathologies;

- la psychiatrie publique délivre effectivement un service global « tout compris » où il n'est pas du tout évident de procéder à de la comptabilité analytique, ni à la décomposition d'un ensemble. Cela

paraît même une contradiction profonde avec l'idée de prise en charge globale définie comme, je cite Lucien Bonnafé au congrès de Sainte-Anne en 1945, une « médecine du trouble mental en général avec ses tâches de prévention, de soins précoces, d'assistance, de postcure et de réadaptation » exercée par un médecin qui « partage son temps entre les soins aux malades à l'hôpital et les soins aux malades au dehors ». (Daumézou, 1946) Cela, à l'évidence, ne concerne pas la psychiatrie libérale qui n'a pas cette dimension de service global offert à une population ou à une communauté comme on disait alors;

- les missions d'intérêt général de la psychiatrie publique la dépassent donc de beaucoup et comme elles demeurent mal évaluées, on voit mal comment la tarification pourrait les prendre en compte sans un important travail préalable qui n'a pas été conduit;
- parce qu'elle est l'héritière de la loi de 1838, la psychiatrie publique accueille des malades dans un cadre très contraignant et coûteux de sécurité et de qualification, d'où des surcoûts considérables que ne connaît pas l'hospitalisation privée.

Alors, notre historien ne comprendrait pas :

- comment on a pu croire à la T2A en psychiatrie;
- comment on a pu penser à une convergence des tarifs public/privé;
- comment on a pu, par transferts de pans entiers d'activité d'un secteur à l'autre, amoindrir ainsi la recherche alors qu'on parlait de stratégie de Lisbonne en se garantissant et qu'il s'agissait de rien moins

que de faire de l'Europe le leader mondial dans l'économie de la connaissance; Individualisme croissant? Libéralisme économique débridé? Ordre juste ou ordre moral? Retour de la peur du fou? Poids excessif des dépenses et de la dette publique dans un pays en perte de vitesse? Notre historien verrait tout cela, comprendrait tout cela, noterait tout cela mais sachant que corrélation n'est pas raison, il ne trancherait pas en faveur de telle ou telle explication... Il resterait songeur pour le moins et s'enfermerait dans sa neutralité académique. Mais le vendredi soir, ayant quitté ses habits d'historien, redevenu simple citoyen, notre ami se retrouverait autour d'une bonne table avec quelques amis dont certains travaillent au CHS voisin – à l'HP comme dirait l'un d'eux, toujours un peu râleur. Et là, en discutant, tandis que le tajine mitonne, notre ami se dirait qu'après tout, comme ses copains citoyens-psychiatres ou citoyens-infirmiers-psy ou citoyens-directeurs d'hosto, il est tout autant un citoyen-historien qu'un historien-citoyen. Il se souviendrait alors d'une assertion de Fernand Braudel et il la citerait à ses amis – tout en sachant qu'ils risqueraient de se moquer gentiment de lui – mais grâce au Madiran il se lâcherait, non sans redouter le sourire tout à la fois gêné et amoureux de sa femme et le risque de se faire traiter de réformiste.

Voici ce que Fernand Braudel disait, en 1984, lorsqu'on l'interrogeait sur la politique: « Si j'étais un grand chef d'État, j'agis peu, je regarderais ce qui évolue spontanément; je choisirais les tendances qui me sembleraient convenables et je les encouragerais. »

Il leur dirait qu'il faut comprendre cette expression comme celle d'un jardinier, qui « n'élague » pas un arbre mais qui le « conduit » et que les « tendances convenables » sont les branches qui donneront de beaux fruits ou une belle charpente et qu'il s'agit de tailler les mauvaises branches pour encourager les premières.

Et il poursuivrait: vous m'avez posé quatre questions. Je n'ai pas évidemment pas LA réponse aux quatre, mais des éléments de réponse tirés des leçons de l'histoire et, je le crois, du raisonnement.

Premièrement, je ne crois pas que le secteur comme vous dites risque de se diluer dans le pôle. Après tout, dès le début, le secteur s'est accompagné de structures intersectorielles et vous avez toujours poussé au développement de telles structures. Du reste, vous savez que, dans le champ somatique, les spécialités, les services sont restés assez proches de ce qu'ils étaient. En revanche l'instauration des pôles a mis de la fluidité pour les patients, elle a permis une meilleure gestion des entrées et des sorties, des parcours, et a tout de même un peu crevé la vision organiciste de la médecine car elle a donné un nouveau rôle aux soignants non médicaux.

Vous vous êtes aussi posé la question de savoir si le secteur pouvait s'améliorer grâce aux pôles. Franchement, oui. Je ne vous comprends pas. Le pôle c'est un lieu d'échange, de coordination. Vous n'allez pas me dire que vous n'aimez pas discuter? Vous avez vu le nombre de colloques, de réunions que vous tenez? Sérieusement en plus? À vous passionner jusqu'à point d'heure au lieu d'aller à la soirée à l'opéra offerte par le labo comme les cardiologues ou les gastrologues? Ou même, tenez, comme les directeurs?

D'ailleurs, n'allez pas me dire que vous regrettez ces secteurs en forme de part de camembert et que tout cela était bon. Ce n'était bon ni pour les équipes, ni surtout pour les patients. Imaginez si le scénariste avait été psychiatre : dans *La Femme d'à côté*, de François Truffaut, Depardieu n'aurait jamais rencontré Fanny Ardant car de l'autre côté de la rue, c'était un autre secteur. Voilà peut-être pourquoi vous n'avez jamais rencontré Sandrine Bonnaire, Isabelle Huppert ou Juliette Binoche : elles n'habitent pas votre secteur! Et je ne vous parle pas d'Andy Mc Dowell !

Vos autres questions obligent à plus de sérieux : elles sont graves.

Le financement à l'activité de la psychiatrie risque-t-il de conduire à un recentrage vers les activités d'hospitalisation? Poser la question, c'est déjà y répondre, comme disait Confucius (je crois bien). Oui, bien sûr que le risque est grand parce qu'il est beaucoup plus facile de tarifier le soin que la compassion, les pierres que les hommes. Or, rap-

pelez-vous, comme disait l'un de vos anciens, Gérard Massé, dans un rapport de 1992 resté célèbre, ce dont les malades ont besoin, ce que les nouvelles demandes exigent, « ce n'est pas simplement des actes, mais du temps ». Il n'y a pas dans ce domaine de place pour une recherche de productivité. Il n'y a pas dans le temps des soignants de gisement de productivité. Le même Massé disait dans le petit bouquin vert de la MNASM en 2005, « le seul plateau technique de la psychiatrie est son temps disponible de professionnel ». Si on rogne sur le temps, on rogne sur la qualité du service rendu.

Mais il y a pire encore : souvenez-vous de ce qui s'est passé pour la chirurgie vers 2010-2020 avec la T2A : les transferts d'activité vers le privé, la ruine de la chirurgie publique, le pas marqué par le progrès scientifique, de l'abandon de pans entiers d'activité car jugés pas assez bien tarifés et, finalement, une fois le monopole acquis, d'un relèvement des tarifs qui conduisit à la ruine de l'assurance maladie et à son remplacement par les assurances privées pour les plus chanceux, par rien du tout pour les autres.

En santé mentale, c'est mille fois pire. Alors là pour le coup oui, les CHS redeviendraient les asiles d'enfermement d'autrefois et il n'y aurait plus aucune raison de songer à réformer la loi de 1838.

J'en viens à votre dernière question : le financement de la psychiatrie doit-il cibler le territoire et la population? Et comment? Alors, là oui bien sûr, de toute évidence ce sont les fondements mêmes de la psychiatrie. Mais comment? Eh bien, justement, comme le disait Fernand Braudel, en encourageant les tendances souhaitables, d'autant qu'il y a chez vous beaucoup de gens qui ont beaucoup d'idées, éprouvées au contact du secteur.

Je nommerai, après un appel à candidatures, trente personnes ou plutôt cinquante, car il y a beaucoup de tendances chez vous, je crois. Je les nommerai pour leurs compétences académiques, leur représentativité syndicale ou leurs responsabilités dans ce domaine. Il y aurait des psychiatres, des infirmiers, des directeurs, des enseignants-chercheurs, quelques

représentants de l'administration aussi. Je les réunirai avec un mandat clair et limité dans le temps. Et je chercherai avec tout ce qu'on a déjà, tous ces rapports des années 1990 et 2000, à quantifier l'activité en santé mentale.

Comme je crois avoir un esprit pratique, je leur proposerai de partir de cette idée qu'un dispositif cohérent de santé mentale doit comporter un certain nombre de dispositifs permettant d'offrir une palette assez large de services de soins et de services sociaux. Nous dresserions une liste de ces dispositifs et de leurs moyens d'équipement et de fonctionnement. Je leur proposerai de définir enfin ce que doit être une équipe complète de secteur, ce qui n'a jamais été fait.

Par ailleurs, je vous proposerai de tarifier tout ce qui peut l'être comme soins en distinguant bien le public du privé et j'allouerai une DG à tout ce qui ne peut pas l'être en n'éliminant rien de ces Migac psychiatriques. Peut-être que cela conduirait à montrer qu'il n'y a pas grand-chose pouvant être tarifé mais au moins on en aurait fait la démonstration. On aurait aussi fait un effort de clarification des pratiques et posé les bases d'une nécessaire évaluation.

C'est donc à la définition d'un panier de services sanitaires et sociaux hospitaliers et ambulatoires que je vous inviterai comme le fait le petit livre vert de la MNASM de 2005. Pour éviter des gaspillages et des doublons, nous ferions correspondre enfin secteur psychiatrique et territoire de santé du Sros MCO.

Enfin, vous vous êtes demandé ce que pourrait être, demain, le secteur psychiatrique. Je vous dirai qu'il me paraît utile de continuer à tenir sur la ligne historique des Bonnafé et des Mignot, des Paumelle et des Tosquelles.

Pour finir, et parce qu'on ne saurait mieux dire que Romain Gary dans les *Cerfs-Volants* en écrivant le nom des habitants de Chambon-sur-Lignon, je voudrais citer cette phrase toute simple tirée d'un communiqué de presse de la FHF en février 2007 et qui vous a peut-être échappé : « Les hôpitaux n'ont pas pour objectif premier d'assurer le développement du marché intérieur européen. »