SPÉCIAL globule rouge INFO psychiatrie

OCTOBRE 2014

NON À UNE PSYCHIATRIE NORMALISATRICE

notre ENGAGEMENT total et déterminé

POUR LA REFONDATION D'UNE PSYCHIATRIE HUMANISTE

Parce que nous sommes profondément humanistes, nous sommes attachés au respect de la personne. Nous sommes fondamentalement pour la prise en charge des sujets dans leur entité. Une société se juge à la manière dont elle traite les plus démunis, ceux qui souffrent. Nous sommes donc pour une psychiatrie humaniste et progressiste.

Scrupuleusement attachés à la liberté individuelle de chaque personne, nous ne pouvons rester sans réagir devant les remises en cause des libertés individuelles portées par les dérives sécuritaires d'où qu'elles viennent. Nous dénonçons aussi les remises en cause de fait du concept de *Secteur* avec les projets connus de la future loi santé. Nous sommes disponibles et agissons avec toutes celles et ceux qui s'opposent à ces orientations.

Le Parti communiste français et le Front de gauche, avec leurs élus, sont partie prenante de manière totale et sans ambiguïté des mobilisations des professionnels pour une psychiatrie moderne à la française.

S'opposer est indispensable, mais cela ne suffit pas ! Nous voulons coélaborer avec celles et ceux qui le souhaitent une loi de santé publique pour la psychiatrie à la française.

Les propositions contenues dans cette brochure sont une première contribution au nécessaire débat à poursuivre et à développer…

Jean-Luc Gibelin
animateur de la commission *Santé/protection sociale* du PCF

vous pouvez vous inscrire
pour recevoir mensuellement
Globule rouge info
et être informé des activités et initiatives de la commission Santé/protection sociale du PCF
à l'adresse : **sante@pcf.fr**
pages web : **sante.pcf.fr**

PCF
Parti communiste français
2 place du Colonel-Fabien 75019 Paris
sante@pcf.fr - www.pcf.fr

LES ENJEUX DE LA LOI

le pire projet de loi jamais connu contre la psychiatrie ?

Si le projet de loi santé 2015 semble vouloir rétablir le *Secteur* comme le cœur du dispositif de lutte contre les maladies mentales, dans la réalité c'est tout le contraire !

Il ne remet en cause ni la logique économique libérale de la loi HPST, ni la logique sécuritaire de la loi du 5 juillet 2011 sur les internements (y compris à domicile !), loi qui en son temps avait été jugée liberticide par les parlementaires socialistes.Le *Secteur* s'est constitué sur le principe de la continuité des soins (préventifs, curatifs et de postcure) par la même équipe. Pour garantir son efficacité, il devait correspondre à un territoire géodémographique qui n'excèderait pas 75 000 habitants.

De cela, le projet de loi ne retient que l'idée de quadrillage des populations dans un territoire et non de continuité des soins.

Mais si la logique de continuité des soins était bien plus importante que celle de découpage territoriale, cette dimension est trop souvent oubliée par les équipes de *Secteur* elles-mêmes !

En un seul article d'une loi ne portant pas directement sur la psychiatrie, nous allons assister à la mise en œuvre concrète pour la psychiatrie de toute une série de lois et de projets qui ont jusqu'alors été mis en échec.

La fusion des secteurs en grands pôles. Si le *Secteur* est réaffirmé, son territoire doit cependant être redécoupé autour d'un bassin de 200 000 habitants au lieu de 75 000 pour le *Secteur* initial, cela revient en fait à fusionner 3 *Secteurs* pour en faire un seul . Ce qui était la logique des « pôles » de la loi Hopital 2007

La dissociation de l'ambulatoire et de l'hospitalisation. Le projet de loi prévoit que les ARS désigneraient d'une part les établissements habilités à assurer les « missions de service public de secteur » (en ambulatoire) et non plus les établissements publics assurant le *Secteur*. Ce qui ouvre le marché de la psychiatrie aux fonds de pensions spéculatifs Par ailleurs seraient désignés les établissements habilités à hospitaliser les patients (dont les soins sous contrainte) qui eux ne seraient plus sectorisés. Ce ne seraient donc plus les mêmes !

Ces deux types d'établissements seraient contraints à coopérer au sein des GHT (Groupement hospitalier de territoire) dont le territoire pourrait être supérieur à celui d'un département actuel.

c'est la fin des EPS et du service public de psychiatrie de *Secteur* !

Au travers de la « **pertinence des soins** » introduite par la loi de financement de la Sécurité sociale 2014 et le concept de « **trajectoire patient** », c'est aussi la mise en œuvre du rapport Cléry-Mélin de 2003. Il prévoyait que la psychiatrie devrait dorénavant se limiter au dépistage et au traitement de la crise avant de passer la main au médecin généraliste pour le soin et au médicosocial pour la prise en charge au long cours.

Si le patient est stabilisé, inutile de continuer la prise en charge sanitaire en psychiatrie dans des structures de types CATTP.

Pourtant, nous savons que c'est justement cette continuité des soins qui assure la stabilisation des patients suivis régulièrement en CATTP !

C'est la mise en œuvre des filières de soins prévues par les ordonnances Juppé de 1996. Alors que les principes du secteur prévoyaient justement une continuité entre les soins préventifs, de cure et de post-cure, par la même équipe.

La « coopération » sera étendue à tous les acteurs du sanitaire (dont en première ligne les médecins généralistes), du social et du médicosocial, au nom du « trajet du patient ».

Ce ne serait plus la clinique qui définirait la pertinence de tel ou tel type de prise en charge mais l'importance du symptôme.

Pourtant, nous savons que l'importance du symptôme ne se superpose pas à la gravité de la souffrance du patient. Ce n'est pas parce que les symptômes ne sont plus « bruyants » que le sujet ne souffre pas et qu'il ne nécessite plus de soins. Et ce n'est pas parce qu'il subsiste des symptômes qu'il faille absolument les éradiquer.

La continuité de la prise en charge évoquée par le projet de loi, masque en fait la fin de la continuité des soins ! Et son remplacement par la segmentation de la prise en charge par les différents acteurs. En fonction de l'importance du symptôme la prise en charge serait sanitaire, ou sociale, ou médico-sociale. Mais il

le pire projet de loi jamais connu contre la psychiatrie ?

LES ENJEUX DE LA LOI

n'y aurait plus continuité de prise en charge conjointe sanitaire/social/médico-social sur le long cours.

Le projet de loi vise également **une modification radicale des métiers**. Depuis des années déjà, sous couvert de démarche qualité, de pseudo bonnes pratiques de l'HAS, nous assistons à une déshumanisation du soin en psychiatrie. La protocolisation normative opposable et les techniques reproductibles, sont venues peu à peu remplacer la relation thérapeutique singulière entre un soignant et un patient.

Le DPC (développement personnel continu) ne reconnait souvent comme seules formations valides que celles qui enseignent une technique immédiatement applicable et évaluable. Il est prévu de renforcer cette tendance en allant beaucoup plus loin.

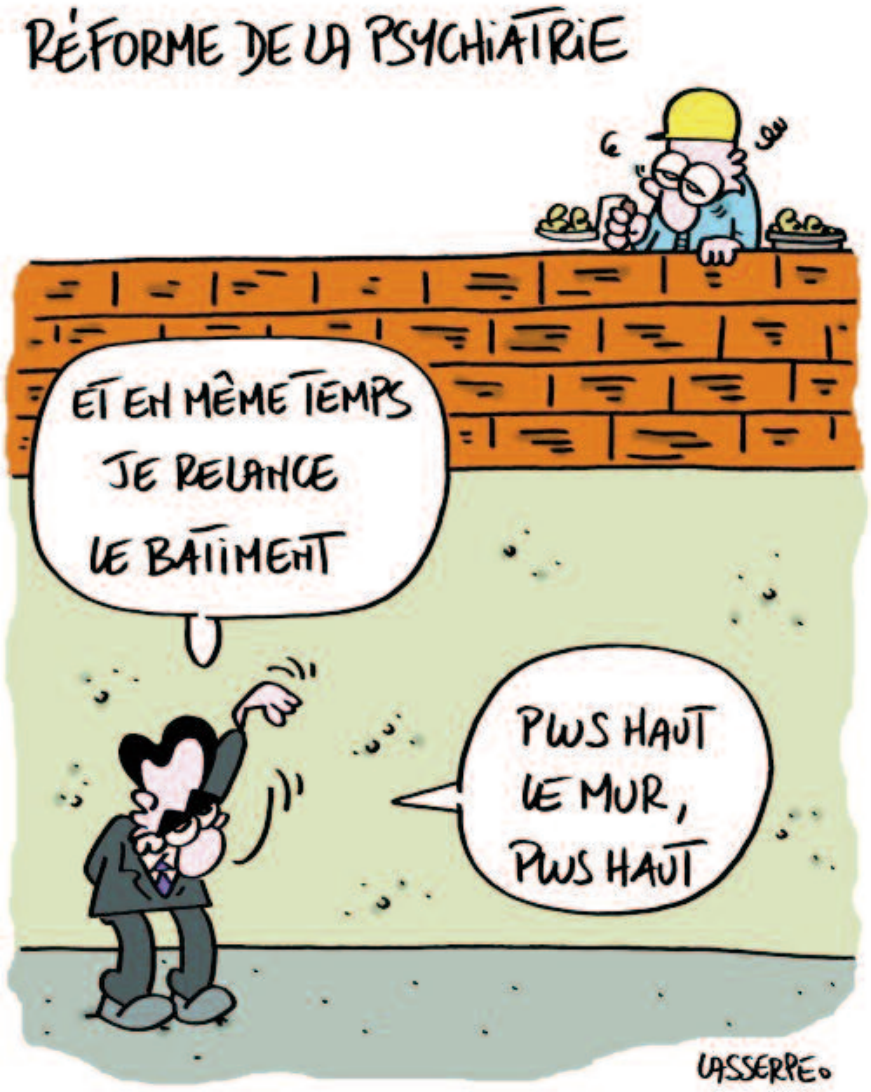
Le projet de loi entérine la pénurie de psychiatres en ne prenant aucune mesure significative pour augmenter leur nombre dans les années à venir. Au contraire, il prévoit leur suppléance par l'instauration des «pratiques avancées infirmières ».

Il s'agit en fait de pouvoir, entre autre, renouveler et adapter les prescriptions médicales. Ce qui focaliserait encore plus les pratiques infirmières autour de la chimiothérapie, au détriment de la clinique et de leur fonction psychothérapique.

Pourtant, en 2013, le rapport Robilliard pointait l'insuffisance de la formation clinique initiale des infirmiers pour assurer les soins relationnels.

Au-delà de la liquidation de ce qui subsiste du *Secteur*, c'est la liquidation d'une conception de la psychiatrie fondée sur la qualité du soin relationnel et le lien thérapeutique et la continuité des soins !

Serge Klopp
cadre de santé, référent psychiatrie du PCF



parole d'élue

sortir la psychiatrie de la « loi Touraine »

Laurence Cohen
sénatrice du Val-de-Marne

Quand Marisol Touraine, ministre de la Santé, a annoncé l'élaboration d'une grande loi de santé publique englobant la psychiatrie, les commissaires communistes à la commission des Affaires sociales du Sénat, dont je fais partie, ont notamment rencontré une délégation de l'*Appel des 39*.

Aujourd'hui, à la lecture des articles de ce projet de loi, il me paraît urgent de demander son abrogation !

En effet, loin d'être en rupture avec la loi HPST, elle se situe dans sa continuité et son aggravation.

La partie consacrée à la psychiatrie occupe une place très limitée dans le projet global et reprend l'essentiel du rapport Couty, à savoir faire adopter à la psychiatrie les principes de la loi HPST !

Pourquoi ne pas avoir plutôt pris en compte le rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie présenté par le député Denys Robiliard ?

Ce choix délibéré est grave car il remet en cause les 3 principes fondamentaux de la sectorisation : continuité des soins, pluridisciplinarité de la prise en charge, proximité et égalité de traitement.

Pour moi qui suis orthophoniste, les mots ont de l'importance, et remplacer « continuité des soins » par « continuité de la prise en charge » ne revêt absolument pas la même intervention. La continuité des soins sous-tend, par exemple, la coopération avec le secteur médicosocial, ce qui est essentiel pour les patients. On peut donc être très préoccupés par cette nouvelle orientation qui n'a rien de fortuit.

Surtout si on la met en perspective avec le manque de moyens financiers et humains dont disposent les CMP, sans parler de la fermeture de beaucoup d'entre eux, ou encore des conditions d'exercice des psychologues et de la remise en cause de leur statut.

Comment parler de proximité des soins quand le territoire géographique couvrirait 200 000 habitants au lieu des 75 000 aujourd'hui ?

À cela, il faut ajouter la concentration de pouvoirs accrus des directeurs généraux des ARS : c'est l'obligation d'appartenance à un « groupement hospitalier de territoire » sous peine de sanctions lourdes, les ARS ayant le rôle de gendarme.

Drôle de conception de la démocratie sanitaire, Madame Touraine !

Dans ce contexte, il me semble urgent que la psychiatrie sorte de cette « loi Touraine ».

Des propositions alternatives, portées par des personnels, des usagers, des militant-es syndicaux et associatifs, existent.

La mobilisation peut et doit grandir.

Vous pouvez compter sur l'engagement des élu-es communistes/Front de gauche.

L'AVIS DU PSY

psychologue, une profession maltraitée

Psychologue, une profession maltraitée par les réformes successives de l'hôpital, réforme du mode de gestion financière en 2005[1], puis la loi HPST [2] appliquée en 2010 et sa déclinaison dans les hôpitaux contraints de s'organiser en pôles d'activités.

Dès 2005, les conditions de recrutement des psychologues se sont particulièrement dégradées avec le changement de valeurs dans la gestion budgétaire des hôpitaux. Cette date marque le basculement d'une enveloppe globale, précédemment allouée pour répondre aux besoins en matière de santé de la population, vers la prévision d'activités pouvant générer des rentrées financières pour leur propre fonctionnement. Bien que toutes les professions soient malmenées, celle de psychologue l'est plus particulièrement à ce jour avec 60% des psychologues hospitaliers employés avec des contrats précaires, souvent à temps partiel, avec un salaire mensuel inférieur au SMIG !

Travailler à temps partiel et en contrat de courte durée ne permet pas d'assurer la continuité des suivis psychologiques individuels ou familiaux, ni l'accompagnement professionnel des équipes (médecins, infirmières, aides-soignantes, éducateurs…), et le travail de liaison, avec entre autres parmi les nombreux acteurs les travailleurs sociaux, la Protection maternelle et infantile, les écoles, les collèges, etc. Des pans entiers de travail ne se font plus et nombreuses personnes et familles doivent renoncer à trouver une solution à leurs besoins. La précarité de l'emploi des psychologues contribue à fragiliser leur place et leur fonction dans l'institution. Ce contexte fait constamment peser des menaces sur leur autonomie professionnelle pour le choix de leurs outils ou méthodes de travail. Alors que les besoins en matière de psychologues ne cessent de croître dans tous les domaines, des milliers de jeunes diplômés sont sans emploi faute de création de postes.

La récente loi hospitalière dite « loi Bachelot » ou HPST, en application depuis 2010 ne reconnaît plus le travail psychologique dans les services de soins, passant outre la demande en augmentation des usagers et des équipes. Cette modification de l'organisation du travail annule dans la plupart des services ce travail auprès des équipes, appelé aussi travail institutionnel, qui constitue une des missions du statut des psychologues et qui consiste à déjouer et comprendre les effets de la pathologie dans le fonctionnement même d'une équipe de soins.

L'organisation en pôle. La prise en compte de la dimension psychologique inscrite dans la loi précédente fut supprimée par la loi HPST. Cette référence a pourtant permis, à partir des années 1985 et 1991, respectivement année de création du titre de psychologue et du statut des psychologues hospitaliers, l'augmentation très importante du nombre de psychologues à l'hôpital. La suppression de cette référence dans la loi HPST a eu d'immédiates conséquences.

L'accueil du public en première intention par un psychologue dans les centres de consultation (CMP)[3] a connu un essor important à partir des années 1985 et suivantes. Cependant cette possibilité s'est réduite au fur et à mesure de l'avancée de ces réformes au point d'être quasi impossible dans certains services actuellement. Pour répondre aux injonctions de réduction des délais d'attente, les premières consultations ont été réalisées par les infirmiers et les internes imposant la seule approche médicale des perturbations psychologiques.

Les psychologues, principaux acteurs de la prise en compte de la dimension psychologique au sein de la société et dans les institutions, sont pris en tenaille par l'organisation en pôle qui impose le point de vue médical de l'accueil des patients. De fait, les psychologues se trouvent davantage en situation paramédicale, ce qui est contraire à leur statut. L'activité des psychologues, qui ne relève pas du domaine médical mais de celui des sciences humaines, contribue à une possible reconnaissance de la différence professionnelle dans le travail pluridisciplinaire. En effet, les psychologues apportent aux équipes pluriprofessionnelles de la filière médicale cette autre discipline qu'est la psychologie. La récente réforme de la santé HPST, qui s'apprête à être complétée par le projet de loi santé, réduit la conception des soins à l'approche médicale exclusive. L'organisation en pôle fait apparaître la dimension dirigiste des concepteurs de cette réforme dont la visée est d'orienter les soins vers une norme comportementale des patients devenus des personnes à rééduquer et à réinsérer.

L'idéologie dirigiste et normative actuelle du soin trouve dans la conception théorique des neurosciences une facilité pour l'instrumentaliser davantage qu'un autre courant théorique. Dans cette négation de la différence des approches disciplinaires, le pouvoir médical, renforcé par l'organisation des pôles, tend à imposer l'approche psychologique par les neurosciences au détriment de l'approche psychanalytique. En effet, l'approche médicale du soin psychiatrique, qui est également rabattue sur le somatique avec l'aide des neurosciences, trouve une proximité avec le courant théorique de la neuropsychologie.

Si Tony Lainé parlait de la raison du plus fou, c'était pour insister que, derrière un comportement fou, il y avait une explication à déceler dans l'histoire de la personne et des liens qu'elle entretient avec son entourage. Cette référence à l'histoire pour expliquer le présent est totalement barrée dans la référence aux soins centrés sur le somatique et le comportement. Ainsi le désordre psychique se voit naturalisé.

Gilles Metais

1. État prévisionnel des recettes et des dépenses
2. Hôpital Patients Santé et Territoire
3. Centre Médico -Psychologique

LE REGARD D'UN CADRE DE SANTÉ

service public en danger !

Jamais au cours de sa courte histoire, la fonction publique hospitalière n'a été autant menacée, jamais notre modèle social n'a été autant attaqué par les politiques de restrictions budgétaires et d'austérité mises en place aussi bien par la droite que par une certaine gauche.

L'austérité blesse, l'austérité tue. Un très bel article paru dans la revue *Courrier International* de juin 2013 en témoigne. D'autres pays ont faits des choix différents : ceux de privilégier les secteurs de la santé, de l'éducation de la justice au détriment du renflouement des banques, institutions qui plongent régulièrement les populations dans la misère financière, sociale, culturelle.

Notre modèle social est l'héritage du Conseil national de la Résistance qui a rassemblé des hommes et des femmes de tous les partis, de toutes les classes sociales, de tous les horizons avec chacun-e le même idéal de liberté et d'égalité. Liberté vis-à-vis des banques et de la finance, égalité d'accès aux soins, à l'éducation, à la justice. Les droits au logement, au chauffage étaient réaffirmés. D'autres points encore furent à l'ordre du jour. Nous n'allons pas tous les aborder ici.

Aujourd'hui le loup est sorti du bois, décomplexé, sûr de lui, sûr de son charme malfaisant. Des femmes et des hommes politiques lui font place dans leurs discours publics en affichant clairement leur objectif: en finir avec le Programme national du CNR… c'est-à-dire en finir avec l'État providence, celui qui se mettait au service de la population. En finir avec une certaine idée du service public.

Le gouvernement s'est fixé comme objectif de réaliser, entre 2015 et 2017, soit sur 36 mois, plus de 50 milliards de coupe dans les budgets de l'État, des collectivités locales et des dépenses de santé.

Ce choix politique a des conséquences très concrètes pour nous, dans notre quotidien de salariés, pour les patients et pour leurs familles. Les hôpitaux psychiatriques sont en déficit. Ils sont contraints de mettre en place des plans de retour à l'équilibre ou des plans d'amélioration des résultats qui s'apparentent à des plans dits « sociaux » de suppression d'emplois.

Ils mettent également en œuvre différentes mesures d'économies, par exemple sur les frais de déplacements qui sont remboursés au tarif minimum, sur les multi-affectations qui permettent d'éviter de payer aux salariés travaillant sur plusieurs sites ces mêmes frais de déplacements.

Les mensualités de remplacement des agents absents n'existent plus. Les équipes travaillent toujours plus et à flux tendu. La dégradation des conditions de vie au travail est certaine. Elle est mise en évidence lors d'enquêtes portant sur le diagnostic des risques psychosociaux. La tension au travail est la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique (le *job strain*). Le stress au travail est aggravé par le manque de soutien social qui résulte de l'éloignement de l'encadrement de proximité des équipes et du manque d'attention des directions générales. La combinaison d'une situation de *job strain* et d'un faible soutien social est appelé *Iso-Strain*.

Une vaste enquête portant sur 49 984 salariés réalisée à partir des questions SUMER et du modèle KARASEK (Dares-DGT inspection médicale du travail) a mis en évidence, pour le *job strain* en milieu hospitalier une moyenne nationale des soignants de 33% concernant le *jobstrain* alors que pour l'ensemble des salariés elle n'est que de 23%. Pour l'*Iso-Strain* (tendus+ peu soutenus), la moyenne des hôpitaux s'élève à 35% alors que la moyenne nationale est de 15%. Cela objective la mal être au travail des personnels hospitaliers.

L'offre de soins est elle aussi impactée par de tels choix politiques. Nos unités d'hospitalisation sont saturées, tous les lits disponibles sont utilisés. Des lits dits « d'admission dégradée » sont alors installés trop souvent au détriment du confort et de la sécurité des patients et des personnels.

Cela participe à la dégradation du soin alors que dans le même temps les plans d'amélioration de la qualité ne cessent de succéder. Cette politique d'amélioration de la qualité des soins est totalement inefficace. C'est à se demander si elle ne poursuit pas un autre but, celui d'amplifier le chaos ambiant !

Conséquence de la loi HPST, que notre ministre de la Santé devait faire disparaitre, cette organisation défaillante ne cesse de se développer.

Le projet de loi Santé est la prochaine étape avec l'intégration prévue des hôpitaux publics dans les groupements hospitaliers de territoires. Il s'agit d'une mutualisation à grande échelle des moyens et des missions de l'ensemble des structures hospitalières publiques sur un territoire donné, en général le département et demain peut-être la région.

Le discours de Mme Touraine donne peu d'éléments concrets sur les orientations pour la psychiatrie,

service public en danger !

LE REGARD D'UN CADRE DE SANTÉ

pour autant la mise en place de cette territorialisation nous inquiète.

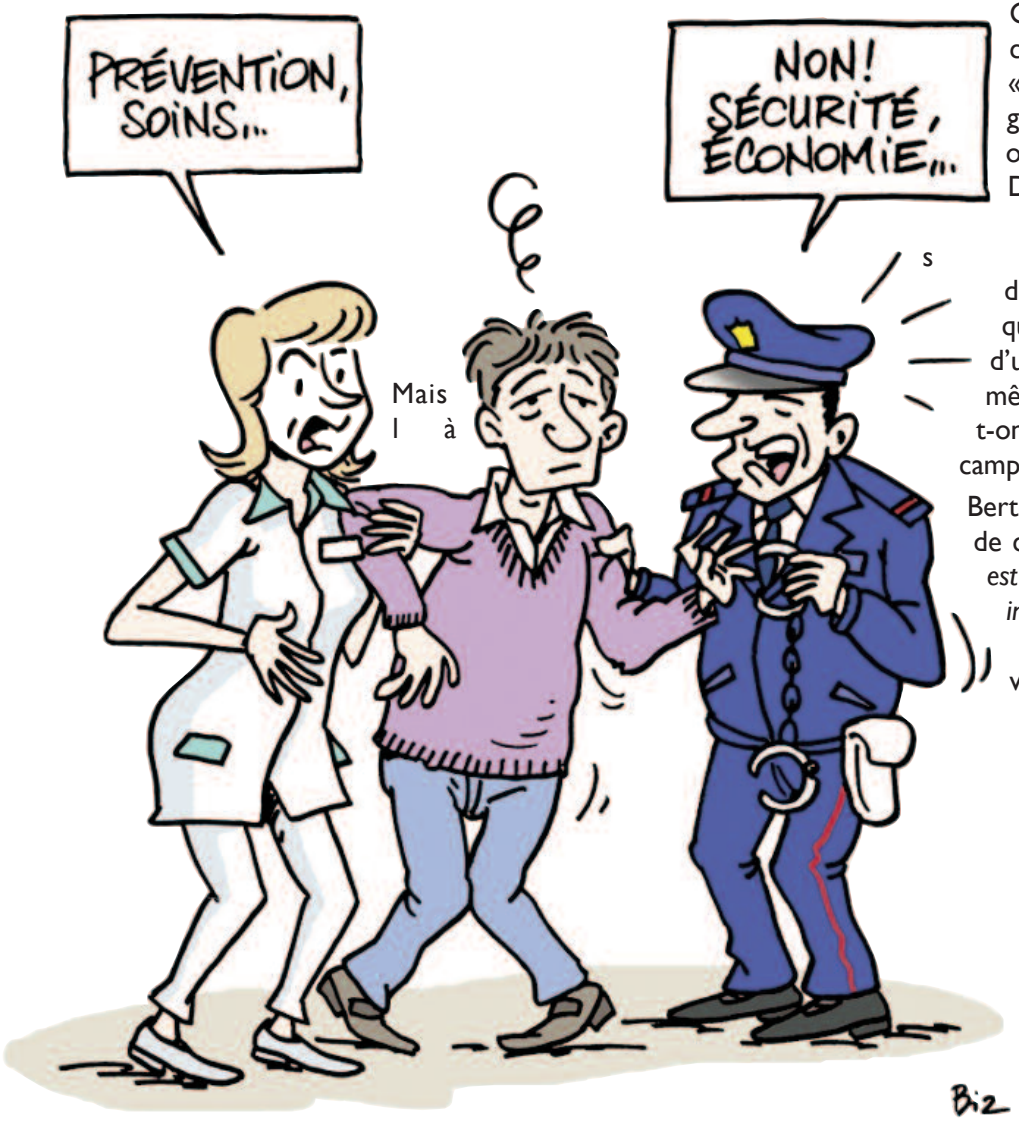
Les lits de psychiatrie active (les lits d'admissions) sont embolisès par des patients dits « chroniques » qui relèvent pour la plupart de structures médico-sociales. Mais faute de places disponibles dans ces dernières, ils restent à l'hôpital.

Pour faire face à ce problème, les pouvoirs publics semblent s'orienter vers la transformation pure et simple de structures sanitaires en structures médico-sociale. Or l'expérience montre qu'un lit «libéré» par un patient souffrant d'une pathologie chronique redevient un lit de psychiatrie active sur lequel nous pouvons faire à nouveau des admissions. Transformer les services dits « de longs séjours » en hébergement médico-social, c'est limiter l'offre de soin pour la population, c'est organiser la pénurie. Nous manquerons de lits pour hospitaliser nos malades. Les listes d'attentes et les délais de rendez-vous exploseront. La situation deviendra catastrophique.

encore une solution semble se dessiner dans la tête de nos dirigeants séduits par le génie du libéralisme : développer le secteur privé. Une grande agitation règne dans ce domaine. En décembre dernier un rapport, commandé par l'UNCPsy, remis à la ministre de la Santé, proposait des pistes d'amélioration « *pour asseoir la légitimité du privé lucratif en psychiatrie* ».

Il s'agissait ni plus ni moins, pour les tenants de la santé marchande, que d'un coup de « pub » visant à montrer sous un angle « respectable » que leur modèle conjugue « *qualité et sécurité des prises en charges, accès aux soins pour tous et efficience économiques* ».

10 mois plus tard, un projet de décret les concernant prévoit de supprimer la référence à un effectif infirmier minimum, de simplifier les conditions techniques de fonctionnement en leur permettant de s'organiser comme ils le souhaitent, loin des contraintes réglementaires actuelles jugées « *obsolètes* ». Une autoroute s'ouvre devant eux si personne ne s'y oppose.



C'est une caractéristique du discours libéral que de qualifier «d'obsolète » tout ce qui peut le gêner : réglementations, statuts, organisations, services publics. Demain, une partie de la population, « les ass dents » par exemple, pourrait être qualifiée d'obsolète par ces adeptes d'un libéralisme qui se qualifie lui-même comme « moderne ». Que va-t-on leur proposer ? De rouvrir des camps obsolètes ?

Bertolt Brecht disait en 1941, dans une de ces pièces de théâtre : « *Le ventre est encore fécond d'où a surgi la Bête immonde* ». Malgré son âge, cette phrase n'est pas obsolète. Le service public de santé non plus, mais il est en danger… c'est clair !

Laurent Laporte
cadre de santé

LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE

quelle psychiatrie pour le psychiatre ?

Quand on commence à se confronter à la clinique psychiatrique, la lutte est constante entre lucidité et passivité, et une éducation progressive du regard est nécessaire. En dire quelque chose demanderait d'examiner l'ensemble de cette discipline sans unité, dans ses pratiques et dans ses rapports avec le monde, pour espérer contribuer à en éclairer certains problèmes, sans ajouter à l'opacité des autres.

Il s'agira ici au moins de présenter le cadre conceptuel d'une psychiatrie possible.

1. Cette spécialité médicale spécifique doit appliquer la leçon hippocratique : Hippocrate, en effet, dépassant la médecine routinière des drogues, lui a préféré des analyses théoriques, fondant ainsi une médecine scientifique pour les maladies du corps.

   Contre l'illusion néopositiviste actuelle, le modèle hippocratique appliqué à la psychiatrie consiste à affronter la complexité de l'humain et à s'étayer des diverses sciences de l'homme. Le psychiatre, qui fut défini comme le médecin de l'âme, garde pour tâche, non de gérer des corps et des comportements, mais d'instaurer avec la personne, et souvent avec sa famille, des relations d'humanité permettant ainsi à la souffrance psychique d'être accueillie et traitée.

   La pratique d'une psychiatrie relationnelle nécessite, outre des qualités humaines, une formation particulière et des moyens ; elle constitue, non une approche de compassion, mais l'engagement moral qui légitime soin psychique et traitement : cet engagement définit **une psychiatrie d'hospitalité**.

2. On ne peut accepter qu'il y ait deux mondes sur terre, celui du nord et celui du sud. Le monde néo-capitaliste édifié sous nos yeux se replie et se ferme au vrai monde, consolide ses frontières, construit des murs, pose des barbelés et définit des identités pour mieux exclure. **Il n'y a qu'un monde**, (vérité selon le philosophe Alain Badiou), tel est l'engagement non tant humanitariste que politique, engagement pour une émancipation des peuples, qui instaure la possibilité d'une psychiatrie de pratique humaine.

3. Le contre-transfert, aspect de l'équation personnelle de l'observateur pour l'épistémologie des sciences humaines, consiste, pour la psychiatrie, en la prise en compte des réactions internes que le patient singulier provoque chez tout soignant. Ce n'est pas seulement une technique : **l'analyse du contre-transfert** (contrôle personnel ou groupe) est un fondement scientifique pour une psychiatrie qui ne se croirait pas seulement biologique.

Cherchant à rencontrer l'autre, le sujet souffrant, on s'attache à faire émerger un récit de vie en faisant appel à ce que Paul Ricoeur nomme narrativité, dans *Soi-même comme un autre*. Le récit de sa vie par le patient devient outil clinique, effort pour s'inscrire, malgré les ruptures, dans l'espace et le temps ; il est l'expression d'une souffrance en rapport avec la condition impermanente, la passagèreté, la *Vergänglichkeit* de l'existence humaine.

Les malades qui sont adressés en psychiatrie ne sont pas avant tout les victimes des grands désordres du monde, mais les pionniers d'un processus inéluctable de renouveau et d'émancipation, processus aujourd'hui invisible et inimaginable. Pour tâcher de soigner, il faut, par hygiène et par éthique du regard, imaginer l'invisible et voir notre puissance propre. Vouloir traiter leurs traumatismes et leurs troubles, pratiquer une psychiatrie d'esprit hippocratique nécessite de maintenir solide le trépied des conditions décrites ici, utopie nécessaire et juste.

Dr Bruno Tournaire Bacchini

LE REGARD DE L'ASSISTANTE SOCIALE

TRAVAIL SOCIAL et lien médicosocial

En psychiatrie, l'accompagnement social est une des dimensions essentielles d'une prise en charge de qualité prenant en compte la personne malade dans sa globalité. C'est pourquoi les assistants sociaux, les éducateurs qui travaillent au sein des équipes pluridisciplinaires dans les secteurs psychiatriques y ont une place reconnue, et bien que n'étant pas soignants au sens strict du terme, contribuent à la construction et à la mise en place des projets thérapeutiques des patients.

La notion d'appartenance au secteur de soin est fondamentale pour pouvoir développer avec le patient une action sociale dans la continuité. Durant l'hospitalisation, l'intervention du travailleur social permet au patient de garder le lien avec sa vie à l'extérieur, d'être rassuré sur les difficultés sociales auxquelles il a été confronté et d'aborder les solutions pour les résoudre.

Le lien avec l'extérieur, c'est aussi toujours dans le respect de la volonté de la personne, les contacts pris avec une famille, un propriétaire, un organisme… les démarches reprises qui avaient été abandonnées. Autant de moyens pour la personne hospitalisée de reprendre pied, de recouvrer des droits, des ressources, un logement, quelquefois une identité. L'éclairage donné à l'équipe de la réalité sociale du patient et de son environnement est un élément de réflexion précieux pour le projet de soin.

L'accompagnement social est tout aussi utile à la préparation concrète de la sortie du patient et, au delà, à son retour à la vie quotidienne. Hors de l'hôpital et dans la continuité de la relation de confiance qui a pu s'instaurer avec lui, l'action sociale auprès du patient reste déterminante. Le contexte de crise dans lequel nous vivons rend les situations sociales de plus en plus complexes et multiplie les facteurs déstabilisants : absence de couverture sociale, précarité, perte de domicile, appauvrissement des relations sociales, ruptures familiales. Permettre aux personnes en souffrance sur le plan psychique de se soigner implique obligatoirement de les aider à vivre dans les meilleures conditions possibles.

Pourtant, aujourd'hui, les travailleurs sociaux qui exercent dans les hôpitaux psychiatrique sont confrontés à la limitation drastique du temps d'hospitalisation. Cette « urgence de sortie » est le plus souvent incompatible avec la résolution de problèmes sociaux compliqués.

Par ailleurs, l'organisation en pôles et l'hyper médicalisation de la psychiatrie voudraient renvoyer au seul secteur médico-social l'accompagnement social des usagers de la psychiatrie. Ce qui revient à nier la nécessaire prise en charge globale des patients.

L'accompagnement social en psychiatrie est d'évidence indissociable d'un travail de partenariat et d'articulation avec les structures et les acteurs du social et du médico-social. Mais le suivi des travailleurs sociaux en psychiatrie, leur place dans l'équipe de soins et leur savoir-faire sont irremplaçables.

Françoise Fiter

LE POINT DE VUE DES USAGERS

HUMAPSY

la singularité de la personne souffrante

La perspective de la nouvelle loi de santé, en tant que patient et président d'*HumaPsy*, une association fondée par des patients suivis en psychiatrie, m'effraie dans la mesure où la psychiatrie ne fait pas l'objet de mesures spécifiques. En effet, les orientations vers la tarification à l'acte et le financement à l'activité dans l'hôpital public sont un danger pour la qualité des soins (là où un soin de qualité existe…).

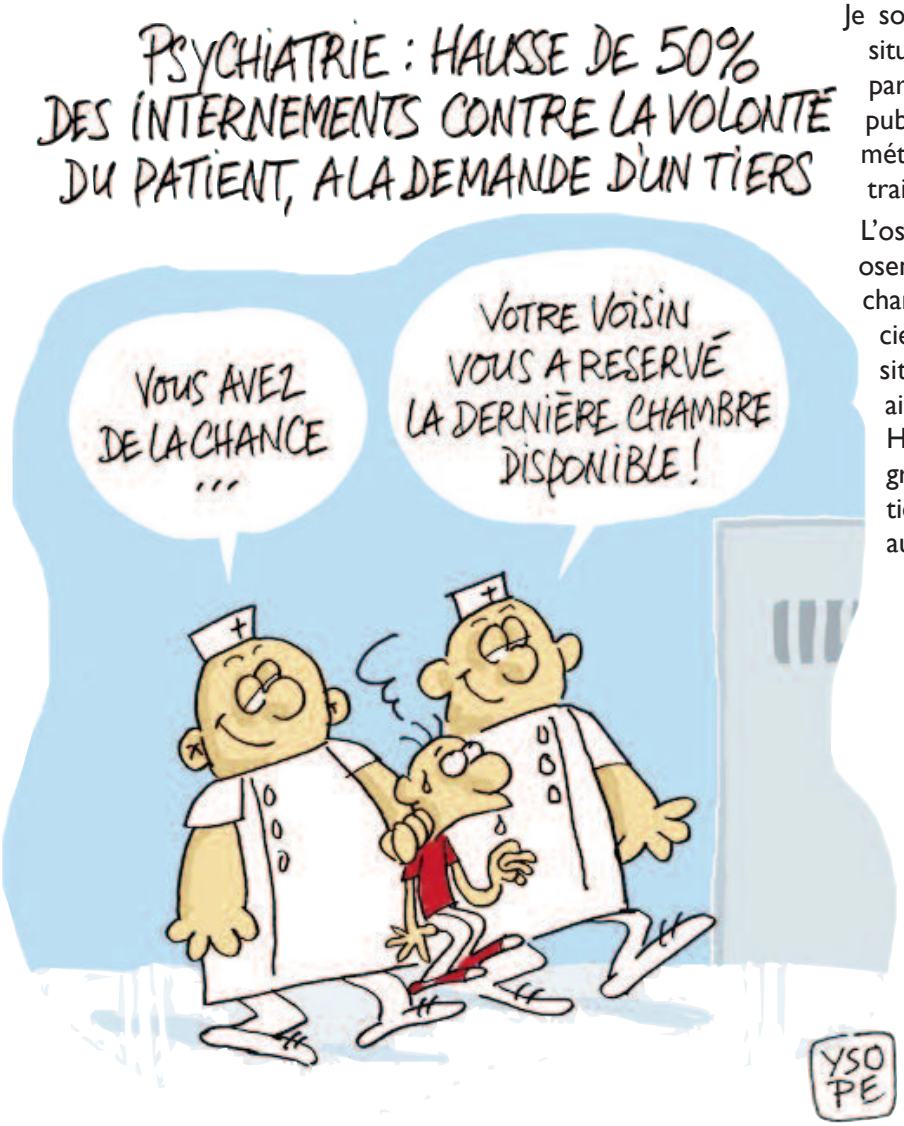
Les logiques d'« évaluation », l'amélioration de la «qualité », qui n'évaluent que des indices très discutables et ne servent qu'à fabriquer de belles courbes d'évolution de ces indices, sont mal adaptées à la psychiatrie (si elles sont bien adaptées quelque part…). En effet, le caractère multidimensionnel et profondément humain de la souffrance psychique nécessite que la psychiatrie prenne en compte la personne souffrante dans toutes ses dimensions et dans sa singularité ; ce qui souffre mal la réduction à des indices étriqués.

L'orientation très majoritaire vers une biologisation à outrance de la souffrance psychique, la bannière brandie du diagnostic font oublier que la recherche en neuroscience n'a obtenu, malgré la propagande de certains, aucune avancée significative tant du côté diagnostique que thérapeutique, et que la pharmacopée n'a guère évolué depuis cinquante ans, lorsque les premiers médicaments furent découvert de manière fortuite.

Je constate des disparités très fortes dans le service public de psychiatrie, l'idée de la continuité des soins pensée dans la psychiatrie de secteur est dévoyée et devient la continuité de la contrainte et de la traçabilité. Dans certains secteurs,des traitements que l'on croit oubliés sont encore utilisés (électrochocs, douches, camisole de force, entraves, isolement punitif, etc.) avec pour argument le manque de moyens humains, alors que dans le service voisin l'équipe soignante sait se passer de ces mauvais traitements.

Je souhaiterais que face à la diversité des situations et des personnes concernées par la souffrance psychique, la psychiatrie publique ne se passe pas de la diversité des méthodes de soins, ce qui est pourtant en train d'arriver.

L'ostracisme dont sont victimes ceux qui osent ne serait-ce que s'inspirer de la psychanalyse et poser l'hypothèse de l'inconscient dans les lieux de formation universitaires (médicaux et psychologiques) ainsi qu'au niveau des instances telles la Haute autorité de Santé fait peser une grave menace sur la pluralité des pratiques, or ces attaques ne reposent sur aucune vérité scientifique.



LES ATTENTES DES PARENTS

AUTISMES
pour une approche humaniste et plurielle

En 2012, lors de l'année de l'autisme grande cause nationale, les députés Rouillard (PS) et Fasquelle (UMP) avançaient qu'il suffisait de couper les crédits d'une psychiatrie qu'ils décrivaient comme moyenâgeuse et de « réorienter les budgets vers des pratiques plus adaptées » pour économiser plus de 15 milliards d'€[1] (sur les 50 que coûterait une cohorte d'autistes détectés à 2 ans et suivis jusqu'à 65 ans). 30% d'économies ! Et de menacer de solliciter la Cour des comptes et l'inspection générale des affaires sociales (Igas) pour chiffrer précisément et définitivement le coût de l'autisme en France. L'Igas vient en effet de sortir un rapport cinglant[2]… mais c'est la vitrine FuturoSchool de *Vaincre l'Autisme* qui est épinglée pour dérives du projet et mauvaise gestion. Las, loin du meilleur des mondes de la rééducation comportementaliste, la réalité résiste. Les slogans sont une fort mauvaise façon d'aborder un trouble aussi complexe que l'autisme.

Ce sont des parents qui ont été à l'origine des premiers hôpitaux de jour accueillant des enfants autistes[3]. Ils permettent une prise en charge intégrative thérapeutique, éducative et pédagogique, sans rupture familiale, mais celle-ci se termine en général vers 11 ans, à l'orée de l'adolescence, et le parcours va se poursuivre, de façon le plus souvent chaotique, de structures médico-sociales en foyers adaptés… quand ce n'est pas la famille, qui se retrouve unique recours. Combien d'adultes en hôpital psychiatrique quand ce soutien vient à manquer ? Mais auparavant, combien d'enfants aux scolarités en pointillés dépendant de la nomination d'AVS [4] aux statuts précaires, sans cesse menacés d'exclusion ? Ce dont nous avons besoin, c'est de la collaboration et du concours de toutes les structures existantes, qu'elles appartiennent au sanitaire ou au médico-social, pour éviter les ruptures de parcours. De même, en ce qui concerne la problématique de l'inclusion et de l'autonomie, nous prônons une réflexion sereine et non incantatoire de toutes les parties prenantes: éducation nationale, partenaires sociaux, instances territoriales.

Si l'on met de côté les déclarations ministérielles tonitruantes, surtout contre la psychanalyse, les deux mesures phare du 3e plan Autisme nous laissent perplexes : une classe de maternelle spéciale « autistes » (8 enfants) par département et la formation des aidants familiaux. Comme le fait remarquer *Le fil conducteur* (groupe de familles qui s'est joint au collectif des *39*), *le renvoi vers un statut d'aidant familial est paradoxal dans un contexte de déni de la souffrance de la famille, et des fratries, le plus souvent oubliées. Le statut d'aidant familial, qui voudrait donner aux familles l'illusion de devenir « tout à coup » compétentes alors que leurs difficultés ne sont toujours pas reconnues par la société et par un certain nombre de professionnels, est un leurre proposé au service des restrictions budgétaires qui affectent le champ du soin.*

Mais il y a plus grave : derrière les préoccupations budgétaires pointe une vision de l'humain très inquiétante, machine détraquée qu'il suffirait de reconditionner par des protocoles. Où est la dimension humaine ? Où est l'accueil ? Où est l'écoute ? Désir, souffrance, centres d'intérêts, sexualité : autant d'étapes de la construction subjective sont à accompagner. Nos parcours sont rarement rectilignes, les réponses ne sont pas univoques. Notre expérience nous a montré que les solutions se tricotent par le partenariat entre les parents et les professionnels, par le désir et la confiance qui s'engagent au service de l'épanouissement personnel de nos enfants. Notre blog **www.lamainaloreille.wordpress.com** témoigne de nos inventions au quotidien.

Un colloque a eu lieu à Évian le 19 septembre à l'initiative d'*Autisme Liberté*. Avec d'autres associations de parents, nous y avons appelé à un *Rassemblement pour une approche des autismes humaniste et plurielle*. Ce rassemblement a pour vocation de porter la parole de ceux qui pensent que les valeurs humanistes demeurent un point d'ancrage dans un monde éclaté : respect de l'autre et de soi-même, et que liberté de pensée et d'expression sont les points cardinaux de la boussole qui nous permet d'accompagner à bon port ceux qui nous ont été confiés.

Mireille Battut
présidente de *La main à l'oreille* et vice-présidente du *RAAHP*

Rassemblement pour une Approche de l'Autisme Humaniste et Plurielle - CHARTE

Quel que soit le présent, quel que soit le passé,
L'avenir d'un enfant n'est jamais tout tracé.

Les enfants, quels qu'ils soient, ne sont la propriété ni de leurs parents, ni d'un État, d'une religion ou d'une idéologie, ni des institutions qui les accueillent. Le rôle de ceux qui les accompagnent est de les aider à se construire, à trouver leur place dans le monde et à s'épanouir en tenant compte de leurs aptitudes et inaptitudes, de leurs goûts et préférences, de leurs préoccupations et de leurs désirs. Ce qui est constructif, bon et bien pour l'un ne l'est pas nécessairement pour l'autre.

La ligne droite est le plus court chemin en géométrie mais pas toujours dans la vie. Les voies qui mènent à l'épanouissement personnel sont rarement rectilignes.

Chaque jour la science améliore nos connaissances et nos conditions de vie. Néanmoins aucun être humain ne se résume à une équation scientifique, un code génétique, un dosage hormonal ou des connections neuronales.

Il n'existe de Vérité Unique et Eternelle dans aucun domaine. On n'agit qu'à partir d'hypothèses plus ou moins plausibles à un moment donné. Le besoin de certitudes entraine trop souvent le dogmatisme et l'intolérance. La monoculture appauvrit les sols mais aussi les esprits. Chacun trace son chemin en fonction de ce que la nature lui a octroyé et de l'environnement qu'il a trouvé.

Une motivation de part et d'autre est essentielle pour établir et développer une relation. La nature de ces motivations détermine la qualité de la relation. Toute relation fondée essentiellement sur la contrainte ou la manipulation est éthiquement condamnable et néfaste psychiquement car elle ne permet pas aux dominés d'exister en tant que sujets. Quand la relation à soi-même, aux autres ou au monde est trop difficile, les bons conseils ou les rappels à l'ordre ne sont pas d'un grand secours. Pour être apaisée, la souffrance psychique doit d'abord être reconnue et comprise dans sa dimension humaine, puis écoutée et parlée. On peut alors espérer éviter qu'elle ne trouve à s'exprimer que dans le recours à la violence.

Les idéologies, les codes et les méthodes sont éphémères. Les valeurs humanistes demeurent un point d'ancrage dans un monde éclaté : respect de l'autre et de soi-même, liberté de pensée et d'expression sont les points cardinaux de la boussole qui nous permet d'accompagner à bon port ceux qui nous ont été confiés.

1. Autisme : deux parlementaires demandent la fin des subventions à la psychanalyse, *Vivre FM* 10 octobre 2012. Comment mieux prendre en charge les autistes, *Le Parisien* 9 octobre 2012
2. Rapport de l'IGAS sur les Futuroshool de Vaincre l'Autisme, juin 2014
3. Autisme (1/3). Un arrière-fond historique aux critiques contre la psychiatrie et la psychanalyse, Moïse Assouline, Mediapart 4 juin 2014
4. AVS : assistantes de vie scolaire

VU DU CENTRE DE SANTÉ

LES CENTRES DE SANTÉ ONT BESOIN
d'un secteur public de psychiatrie solide

Les centres de santé sont un service public de premier recours de médecine et de soins ambulatoires. Pour ce faire, ils sont ouverts à tous, pratiquent le tiers payant et respectent les tarifs opposables de la Sécurité sociale ; les professionnels y exercent en équipe avec un dossier commun. L'étude scientifique *Epidaure* a démontré il y a maintenant quelques années qu'ils réussissaient particulièrement bien à accueillir les populations les plus précaires tout en étant ouvert à l'ensemble de la population.

Parmi ces patients, ils prennent en charge bien sûr des malades psychiatriques. Ils disposent, selon les établissements, de médecins généralistes, de psychiatres, de psychologues, de conseillères conjugales. Ils accueillent les urgences en particulier psychiatriques. Pour autant, répondent-ils à la totalité de la demande psychiatrique ? Non.

Ils ont besoin de s'appuyer sur un réseau public capable de prendre en charge les formes les plus lourdes. Le secteur psychiatrique, du fait de son organisation territoriale, répond bien à cette attente. Il propose des modalités de prise en charge coordonnées avec une diversité de moyens : hôpital de secteur, équipe psychiatrique motivée et compétente capables de se déplacer à domicile, services de jour, consultations spécialisées, appartements thérapeutiques, etc. Le secteur adulte est articulé avec le secteur infanto-juvénile dans de nombreux cas. La prise en charge est globale, coordonnée, articulée avec « la ville » c'est-à-dire la médecine ambulatoire. C'est la politique de sectorisation mise en place progressivement depuis plusieurs décennies qui a permis ce maillage essentiel. La prise en charge thérapeutique s'appuie sur la diversité des moyens de la psychothérapie et de la pharmacopée, mais aussi sur des moyens de caractère social.

Malheureusement, cette belle structure est mise à mal depuis des années. La politique de sectorisation a été remise en cause avant même sa généralisation pour des raisons essentiellement financières. Les fermetures d'hôpitaux psychiatriques, la dislocation des services et des équipes, les réductions de crédits pour les actions de terrain conduisent à de nombreuses difficultés. Ne dit-on pas souvent que la rue est devenue le principal lieu de la psychiatrie aujourd'hui avec la prison ? La misère grandit avec le chômage de masse et les patients psychiatriques sont parmi les premières victimes.

À ceci s'ajoute la volonté normative des pouvoirs publics, particulièrement mal venue, l'autoritarisme et une idéologie sécuritaire inadaptée.

On voit ainsi s'effondrer un système certes imparfait, mais qui néanmoins avait fait ses preuves et suscitait même une certaine admiration des collègues étrangers. Les centres de santé ne pourront palier à cette situation. Oui, ils ont besoin de coopérer avec un système de psychiatrie publique décentralisé, territorialisé et sectorisé, disposant des moyens modernes d'action, s'appuyant sur une liberté de prise en charge.

Une nouvelle politique, dont le premier acte serait de reconnaître la qualité du travail fait, est à mettre en œuvre.

Dr Michel Limousin

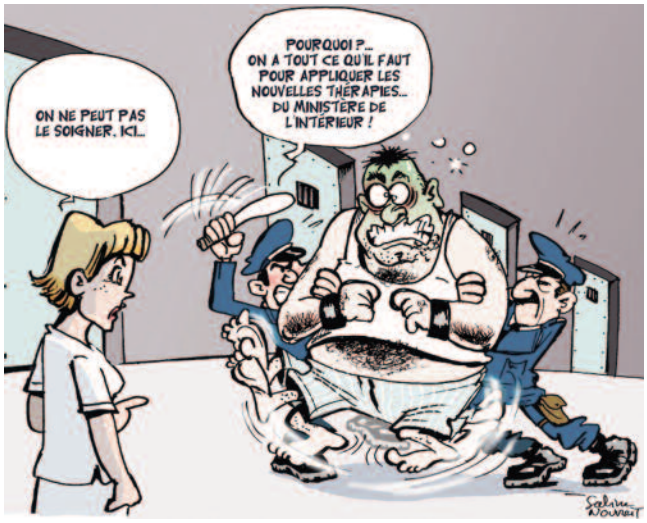
ANALYSE DE LA COMMISSION PSY DE SUD

l'économie contre l'humain

Les milliards d'économie sur les établissements que va imposer le ***Projet de loi de financement de la Sécurité sociale*** va amplifier la pression sur le secteur de psychiatrie. Le ministère prône des réductions budgétaires et la Fédération hospitalière propose de niveler les RTT à 15 jours. Nous devons rappeler que le soin en psychiatrie est un art exercé par des soignant-e-s (formés pour cela) et dont la mise en œuvre repose avant tout sur la relation. La part des salaires dans les budgets est 10% plus importante qu'en Médecine-Chirurgie-Obstétrique et l'impact des économies portera essentiellement sur la masse salariale.

Le volet *Santé mentale et Psychiatrie* de la future loi pour la Santé, s'il est adopté tel quel par le Parlement, signera la fin de la politique de *Secteur* et le privé lucratif pourrait être intégré au dispositif en bénéficiant de l'abrogation du décret qui lui imposait encore quelques normes de fonctionnement. Un pouvoir exorbitant sera dévolu aux directeurs-trices d'ARS qui pourront « redessiner » le secteur psy à leur sauce.

La politique sécuritaire initiée par Sarkozy a modifié le sens de la politique de soins en instrumentalisant la question de la protection de la société contre celle du soin à la personne, en mettant l'accent sur la question de la contention légale contre celle du contenant psychique. La loi de juillet 2011, en créant les placements sous contrainte à domicile, était déjà un indicateur de cette régression, dévoilant en outre l'absurde pensée de la toute-puissance de la chimiothérapie. L'invasion des protocoles, la fin de la formation spécifique (en science humaine), la disparition de la dimension psychologique (loi HPST) concourent à la dégradation du champ relationnel et à transformer les acteurs d'une pratique pensée collectivement à **des effecteurs isolés**.



2014 est l'année de relance de la T2A en psy malgré les effets pervers connus. La DAF (Dotation annuelle de fonctionnement) évolue en dessous de celle de l'ONDAM et de l'évolution des charges (inflation, GVT…), en psychiatrie elle est encore plus réduite. L'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), bras armé du ministère, travaille à un modèle de rapprochement coûts/prise en charge, l'objectif étant une généralisation nationale d'ici 2016. En Midi-Pyrénées, l'ARS s'est lancée et le calcul entre DAF théorique et DAF réellement perçue va entraîner des mises en réserves drastiques et des ponctions de centaines de milliers d'euros pour certains établissements. **Les prochains travaux de l'ATIH porteront sur des protocoles normés en psychiatrie.** On sera face à l'établissement de protocoles standardisés de prise en charge par pathologie! C'est une incitation au développement des activités moins coûteuses avec une restriction sur la diversité des pratiques, le comportementalisme devenant la pratique officielle avec pour seule compagne la chimiothérapie. Alors qu'en psychiatrie le travail se fait en équipe pluridisciplinaire, désormais s'imposera **l'individualisation et cloisonnement strict des tâches** entraînant une baisse grave de la qualité des soins.

Les attaques portent déjà sur les accords ARTT, déqualification de postes, réduction d'effectifs, glissements de tâches, travail en 12h, cavalerie au Compte/Epargne/Temps, logiciels voleurs d'heures sup... et il n'est pas anodin que le mouvement de mobilisation intersyndical connu sous le nom de *Convergence des hôpitaux en lutte* soit né très majoritairement en psychiatrie. Il est le révélateur avancé d'un mal plus profond. Le rôle et les missions des soignant-e-s vont être plus que jamais remis en question. De graves risques se révèleraient alors du fait de l'évolution mécanique de la charge de travail à la hausse avec la baisse drastique des effectifs et **de la perte du sens du travail.**

« On **juge** du degré de civilisation d'une **société** à la façon dont elle traite ses déviants et ses fous » écrivait Bonnafé, et à cette aune-là on pourrait dire qu'en faisant religion de l'économie contre l'humain notre société marche sur la tête.

Toutes les initiatives à venir, de l'ALTERNATIVE A L'AUSTÉRITÉ le 15 novembre à celle de *Convergences* le 18 novembre, ainsi que le soutien aux équipes déjà en lutte depuis des mois (Paul Guiraud Villejuif, Caen…), seront de nature à remettre l'humain au cœur de l'action politique.

LES PROPOSITIONS ALTERNATIVES DE LA CGT

DES PROPOSITIONS ALTRNATIVES
pour une psychiatrie de secteur ambitieuse

Au moment où les lois de finance (PLF et PLFSS) sont discutées au Parlement et à la veille du dépôt de la future loi Santé, plus que jamais nous devons mettre en avant nos propositions alternatives pour une psychiatrie publique de secteur ambitieuse.

Ce qui nous est proposé n'est ni plus ni moins qu'un démantèlement de la psychiatrie publique avec l'enterrement du secteur et son approche spécifique et innovantes d'une prise en charge globale construite autour des besoins du patient et avec lui.

Les choix politiques, économiques et sociaux actuels se traduisent par une mise en œuvre accélérée d'un modèle néo-libérale où la santé, le social et l'éducation sont considérés comme des biens marchands, sources de rentabilité et de profits.

Dans le prolongement de la loi HPST, la future loi Santé va accélérer le transfert des activités du service public vers le privé en réduisant la politique de secteur à une série de missions segmentées pouvant être confiées indifféremment à des opérateur publics, privé ou libéraux).

Le projet de décret relatif « aux conditions de fonctionnement des établissements de santé privés autorisées à exercer l'activité de soins de psychiatrie » soumis au haut Conseil des professions paramédicales au mois d'octobre HCPP illustre bien ce qui se prépare : faire sauter toutes les règles garantissant la qualité de la prise en charge, par exemple le taux d'encadrement des soignants, les qualifications indispensables, les normes architecturales et d'espaces pour une qualité de vie des patients accueillis…

Le soin en psychiatrie devrait être réduit à la prise en charge des phases aigues. L'accompagnement, la prévention, la postcure seraient confiés aux collectivités locales comme l'action sociale, ou aux libéraux, voire aux familles.

Nous sommes bien loin de notre ambition d'un grand service public de santé et d'action sociale garant de la qualité des soins et de son universalité.

Il est urgent de remobiliser l'ensemble des acteurs du monde de la psychiatrie pour faire barrage à ces projets néfastes de régression. Nous avons su par ce rassemblement large et unitaire faire avancer des idées progressistes pour que les malades mentaux soient considérés comme des citoyens dignes de reconnaissance et d'attention.

Défendre et développer la politique de secteur, c'est défendre l'idée que la société doit être au service des hommes et des femmes qui la composent, avec leurs forces et leur faiblesse.

La politique de secteur est une organisation des soins avant-gardiste dans son approche des problématiques et dans sa conception :

- approche globale, pluridisciplinaire,
- continuité des soins et construction d'une prise en charge dans la durée,
- le décloisonnement entre le sanitaire, le social et médico-social,
- garantie d'accès à des soins de qualité pour tous.
- travail dans et avec la cité, pour l'acceptation de la différence de celui qui souffre psychiquement.

Fédération CGT Santé Action sociale

LES PROPOSITIONS DU PCF

POSER LES BASES
pour un renouveau de la psychiatrie française

Nous devons dès maintenant organiser la résistance la plus large contre ce projet et poser les bases d'un renouveau de la psychiatrie en coopération avec le médicosocial.

Des années d'après guerre jusqu'aux années 80, les acteurs de la psychiatrie étaient fiers de l'évolution de celle-ci. Aujourd'hui ils en ont honte.

Le recul dans les pratiques d'une psychiatrie fondée sur la reconnaissance de « l'humain d'abord » est tel qu'il n'est pas pensable de considérer que l'on puisse se contenter d'un statu quo.

Nous sommes dans la même situation que les désaliénistes au sortir de la seconde guerre mondiale.

Il s'agit de refonder la psychiatrie en revenant aux fondamentaux du *Secteur*, qui n'était pas le quadrillage des populations, mais la continuité des soins associée à une intrication dans la vie sociopolitique de la cité. Créant les conditions d'une « hospitalité pour la folie » dans notre société.

Ce qui exige le lancement d'une grande concertation démocratique pour l'élaboration d'une loi spécifique refondant la psychiatrie – comme l'avait fait en son temps Jack Ralite lorsqu'il avait initié le rapport Demay – en poursuivant les travaux de la mission Robilliard, en reprenant les questions qu'il avait ouvertes, les menant jusqu'au bout.

quelles sont les propositions alternatives du PCF dans ce débat ?

Nous proposons de poser pour principe politique fondamental que la mission première de la psychiatrie est de soigner des personnes et de soulager leurs souffrances et non de se limiter à l'éradication de leurs symptômes ni de normaliser les comportements et les populations.

Ce qui implique un suivi sur le long cours et une coopération étroite avec le médico-social, dans des prises en charges parallèles et éventuellement conjointes.

Suivi fondé sur la qualité de la relation thérapeutique singulière entre le patient et les soignants et non sur la contrainte et l'obligation de soins. Les désaliénistes voulaient sortir les fous des asiles et les réintégrer dans la Cité. Nous devons créer les conditions de cette « hospitalité de la folie » et mettre fin à l'abandon de milliers de patients à la rue ou en prison.

Créer les places nécessaires dans le médicosocial

Cela suppose de créer des milliers de places dans les différentes structures du médicosocial et du social (foyers, MAS, ESAT…), avec les emplois afférents.

Donner une place aux familles et aux patients

Dans de trop nombreux cas, les familles et les « entourants » sont ignorés des soignants. Il est indispensable de les recevoir et parfois de les associer aux prises en charge. Ce qui nécessite de pouvoir disposer du temps soignant nécessaire.

Évaluation de la qualité des soins

Nous sommes pour une réelle évaluation de la qualité des soins et de la clinique, des équipes, par les acteurs eux-mêmes.

Nous proposons la suppression de la certification des ordonnances Juppé et de la démarche-qualité et de l'HAS qui sont sa forme actuelle. Celles-ci n'évaluant pas la qualité réelle du soin dans sa logique clinique, mais uniquement la qualité de l'application de procédures qui sont souvent antagoniques avec la logique clinique. Elles entraînent une bureaucratisation technocratique des prises en charge.

Combattre les dérives sécuritaires

La société doit certes se protéger en recourant exceptionnellement au « droit d'exception » d'interner un citoyen, ou de l'enfermer dans une chambre d'isolement et éventuellement de l'attacher. À condition que l'on y mette fin dès que l'état du patient le permet. C'est pourquoi nous demandons l'abrogation de la Loi du 5 juillet 2011 sur les internements d'une part et les protocoles de la HAS sur les chambres d'isolement, censés encadrer ces pratiques d'exceptions et qui en fait entraînent leur banalisation.

Réformer les études des différentes professions

Cela nécessite de remettre le soin relationnel à la base et implique une réforme des études de toutes les professions :

poser les bases pour un renouveau de la psychiatrie française

LES PROPOSITIONS DU PCF

- **des infirmières**, avec notre proposition de diplôme initial en chandelier, donnant aux IDE les bases théoriques psychopathologiques, mais aussi issues des sciences humaines (dont la psychanalyse), pour pouvoir s'aventurer dans le ce type de soin, qui n'est pas anodin, ni sans risque que ce soit pour le patient ou le soignant ; alors qu'aujourd'hui les soins infirmiers sont de plus en plus formatés dans des techniques reproductibles, survalorisant l'impact des médicaments dans les effets thérapeutiques
- **des psychologues** (à qui il s'agit bien évidemment de redonner toute leur place) qui eux aussi n'ont plus cet apport essentiel de la psychopathologie et des sciences humaines
- **des médecins**, leur formation étant essentiellement centrée sur les troubles définis par le DSM et leur éradication ; il devient urgent de sortir du numérus clausus en rétablissant l'internat en psychiatrie.

Ainsi que de la formation continue

- suppression du DPC qui ne vise qu'au formatage des pratiques au détriment de la capacité à établir une relation thérapeutique singulière
- pour les infirmiers, mise en place progressive d'un diplôme d'infirmier clinicien, permettant la reconnaissance des compétences acquises (sur le plan théorique et pratique) dans le champ du soin relationnel et de la visée psychothérapique ; en lieu et place des « pratiques avancées ».

Un budget national de la psychiatrie

Cette politique nécessite évidemment des moyens supplémentaires. Un budget national de la psychiatrie sera établi afin de pouvoir mesurer l'évolution de ses moyens. Par ailleurs, la T2A ne s'appliquera pas à la psychiatrie. Il est mis fin à l'étude de la VAP.

Un bureau national de la psychiatrie

Afin de veiller à la mise en œuvre et au suivi de cette politique, le Bureau de la Psychiatrie est rétabli au sein du ministère. Ce qui redonnera aux acteurs un interlocuteur connaissant les dossiers.

Serge Klopp
cadre de santé, référent psychiatrie du PCF

création et photo Pascal Colrat