



Supplément Psy à l'écho des Fourmis

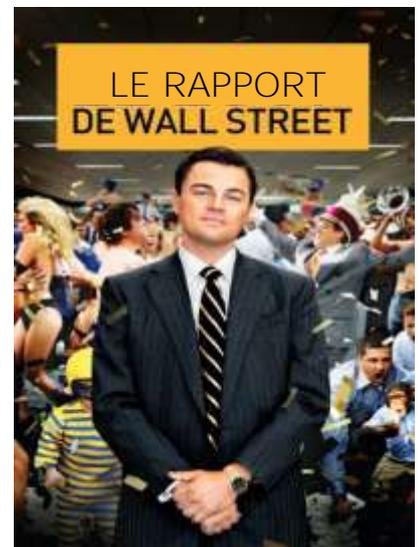
ANALYSE DU RAPPORT PARLEMENTAIRE SUR LA PSYCHIATRIE WONNER-FIAT

2018 fut une année de luttes puissantes en psychiatrie : grève de la

faim au Rouvray, perché-es du Havres, Pinel en lutte à Amiens. Ces mobilisations pour des moyens en psy ont rencontré début 2019 **d'autres** mouvement de défense des soins psychiatriques. Cette rencontre a créé la mobilisation du « Printemps de la psy », prônant des soins humanistes, et exigeant des moyens pour sortir des pratiques de l'enfermement, de la contrainte, des contentions et isolements.

Cette mobilisation d'ampleur est originale dans la mesure où elle a amené des collectifs de soignant-es, de patient-es et de familles, ainsi que militant-es, à s'organiser et porter une parole forte et unitaire. Elle a contraint le gouvernement à voir les difficultés du secteur psychiatrique et à apporter des réponses. Evidemment, les réponses ne sont pas à la hauteur, sont de la poudre aux yeux ou des tentatives d'endormissement, voire aggravent ou aggraveront la situation en continuant les mêmes politiques qui ont causé la crise actuelle.

Une des « réponses » fut la réalisation d'une « mission flash », un rapport parlementaire (un énième) sensé faire l'analyse pour préconiser des réponses à apporter. Ce rapport « Wonner-Fiat », des noms des deux rapporteuses, a été rendu public en septembre 2019. On va voir ici les grandes lignes de ce rapport. Attention spoiler : **c'est détestable**.



DÈS LE DÉBUT UN RAPPORT AU SERVICE DU CAPITALISME

Le rapport commence par le constat de crise de la psychiatrie, en s'appuyant sur les différents mouvements sociaux des 2 dernières années. L'idée est de nous faire croire à une prise de conscience des difficultés actuelles du secteur. Donc on se dit que c'est bien parti, que nous sommes enfin entendu-es, qu'on peut être en confiance pour obtenir des solutions.

Mais dès la 1^{ère} page on a le droit à la définition de la santé mentale de l'OMS qui colle parfaitement avec l'état d'esprit de

nos dirigeant-es. La santé mentale y est définie comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut [...] accomplir un travail productif* ».

Le simple fait d'utiliser cette définition démontre une volonté de faire dépendre la santé mentale d'une personne à sa productivité. Ce qui voudrait dire qu'une personne qui ne produit rien, qui n'enrichit pas les actionnaires ou ne rapporte rien pour le PIB, doit être « réparée » par le système de santé. A partir de là on

RAPPORT PARLEMENTAIRE
SUR L'ÉTAT DE LA



comprend que l'orientation des propositions va être au service patronnât.



Une bonne psychiatrie c'est une psychiatrie qui rapporte

Il n'y a donc pas de surprise lorsqu'on lit page 13 qu'il faut « *changer de paradigme* » et « *refonder la santé mentale autour de la réhabilitation* ». Pour qu'un-e bon-ne patient-e soit un-e patient-e qu'on a réussi à remettre au travail.

Et ça continue comme ça durant toutes les premières pages de ce rapport avec l'impression d'une alternance permanente entre 2 points de vue diamétralement opposés, ce qui est en partie confirmé par les rapporteuses elles-mêmes page 35 : « *Si les positions des rapporteuses convergent sur le modèle idéal à atteindre à moyen-terme, elles divergent en revanche sur la transition nécessaire.* »

Dès l'introduction de ce rapport, on sent la direction que vont prendre ses recommandations : virage ambulatoire forcé, basculement de tâches vers le privé et réhabilitation pour remettre les patient-es au travail.

D'ABORD SUPPRIMER LE « SECTEUR »

La volonté n'est pas nouvelle, mais le rapport s'y emploie avec acharnement : il souhaite supprimer purement et simplement l'organisation de la psychiatrie par la sectorisation. Comme nous allons le voir, la stratégie employée est complexe. Il est critiqué tout en étant encensé. Il est réaffirmé mais en étant perverti et vidé de sa substance et de ses principes. Il est condamné pour son soit disant échec alors qu'il est préconisé de continuer toutes les politiques qui détériorent depuis sa création ses moyens d'actions (diminution des moyens, bureaucratisation).

Le rapport nous parle de la notion de secteur d'un point de vue organisation territoriale, circulaires, loi de modernisation. Mais ne te décourage pas car la deuxième partie est consacrée à l'organisation de la Santé mentale sur le terrain. Le terrain, tu connais c'est là que tu travailles ! PTSM, GHT, CPT, CLSM... Comment ça tu ne sais pas ce que veulent dire ces acronymes ? Nous non plus, on te rassure. Et pourtant nous travaillons aussi sur le terrain. En fait ce sont des outils de coordination et de mutualisation. Parce qu'en fait le VRAI problème ce n'est pas le manque de moyens humains, c'est que t'es pas bien organisé ! T'as pas les bons outils c'est pour ça, alors le rapport va t'expliquer !

Le secteur : ennemi à abattre

Dans tout le rapport, les attaques contre « le secteur » s'enchaînent interminablement. On voit à la répétition des critiques qu'un des objectifs principaux du rapport est d'asseoir l'idée qu'il faut en finir avec ce mode d'organisation. C'est d'autant plus frappant que les attaques sont répétées le plus souvent sans arguments, les critiques sont lancées jusqu'à temps que tout le monde ait bien compris. Est utilisée la bonne vieille technique du « pour tuer son chien, on dit qu'il a la rage ». Voyons en quels termes on en parle de ce « secteur » dans le texte.

Il est défini en page 7 comme une « organisation territoriale peu efficiente, extrêmement complexe, illisible et à bien des égards peu cohérente et peu ou mal coordonnée par la

puissance publique ». En page 8 on nous explique que « faciliter les prises en charges à domicile » était une « promesse de la sectorisation », promesse sous-entendu non tenue, ce qui laisse entendre que la sectorisation, ça n'a pas marché et qu'il faut donc la remplacer par un système qui fonctionne.

Après une brève introduction historique et contextuelle et quelques citations de la circulaire de 1960 qui a instaurée la politique du secteur, page 43 les rapporteuses affirment « *Tout y est et pourtant, soixante ans plus tard, c'est un échec.* »

Page 71 on lit que « malgré l'ambition du secteur, les transitions entre la ville et l'hôpital ne sont pas fluides ». De plus il y a une « sur-occupation permanente de ces lits d'hospitalisation ? Cette question est d'autant plus intéressante que c'est la même raison qui a présidé à la création du secteur en 1960 ».

En même temps si on ferme des lits d'hospitalisation sans pour autant donner des moyens à l'extrahospitalier, mathématiquement, pas besoin d'avoir fait maths sup pour comprendre qu'à un moment donné c'était sûr que ça allait poser quelques problèmes... Faut arrêter de nous prendre pour des con-nes !

D'autant plus scandaleux qu'elles ne sont pas capables de faire la différence entre une cause et une conséquence. Dire que la sectorisation est un échec 60 ans plus tard sans parler de ce qui a causé cet échec, c'est de l'arnaque.

Pour ses objectifs à sa création, le secteur est au contraire une grande réussite. La psychiatrie est bien sortie de la logique asilaire.

Contrairement à l'exclusion totale et l'enfermement systématique antérieur, elle a pris pied dans la société, dans les lieux de vie. Combien de personnes ont eu un parcours de vie radicalement transformé par le passage de l'asile au secteur. Les effectifs soignants ont été multipliés pour faire

face au besoin de soins, de présences et de rencontres. Les formations et métiers se sont développés et multipliés. Les pratiques soignantes aussi se sont développées, ont été innovantes, imaginatives.

Critiquer « l'hospitalocentrisme », ou le dénigrement systématique de l'intra

Le rapport affirme aussi sans se lasser que l'hospitalisation en psychiatrie est nuisible et doit être supprimée. C'est comme ça, c'est affirmé. Page 72 « le système français de prise en charge de la psychiatrie reste (...) extrêmement hospitalocentré ». Le rapport regrette que « Peu d'hôpitaux psychiatriques ont été fermés, la plupart ont simplement fortement décliné en taille » page 73. Et ça tourne à l'obsession page 75 « il n'est pas niable que le système, tant dans les textes que dans son mode de fonctionnement, reste encore beaucoup trop hospitalocentré ». Alors si ce n'est pas niable on ne va quand même pas le nier.

C'est le propre d'une pensée hégémonique que de parler sous l'apparence de l'évidence.

« L'hospitalisation c'est mal. L'ambulatoire, c'est bien ». Or d'où sort cette certitude ? Derrière la façade de l'intérêt des patient-es, il y a avant tout dans ce discours l'injonction permanente à la réduction des coûts, la diminution des moyens. Le rapport le confesse page 73 : « On ne peut nier que le plateau technique psychiatrique, 100 % humain, est coûteux » (déjà il y a plein de chose qu'on ne peut pas nier), et page 120 « le coût d'une hospitalisation complète en psychiatrie est de l'ordre de 450 € par jour, soit plusieurs fois le coût complet, intervenants sociaux inclus, d'une prise en charge ambulatoire ou à temps partiel ». C'est donc le même plan que pour les soins somatiques. La propagande pour le développement du tout-ambulatoire guidée par des enjeux économiques avancent cachée derrière l'intérêt des patient-es et l'efficacité médicale.

L'ambulatoire, un mantra tout terrain

L'ambulatoire est bien devenu le maître mot de tout-e technocrate qui souhaite nous faire prendre des vessies pour des lanternes. On le retrouve à tous les étages de la santé, quelle que soit la spécialité, psychiatrie comprise, pour faire croire qu'une décision économique est uniquement guidée par l'intérêt des personnes soignées. Arnaque. D'autant plus en psychiatrie où le secteur a depuis l'origine intégré que participer à rendre possible la vie pour les personnes soignées en psychiatrie dans la cité était d'une importance capitale. Mais pas à n'importe quel prix et dans n'importe quelle condition.

Ce n'est pas la même chose de mettre des moyens dans le secteur psychiatrique et en dehors (dans l'ensemble du champs social et politique) pour favoriser des retours ou maintien à domicile, et décider que toute hospitalisation complète est le mal absolu à faire disparaître.

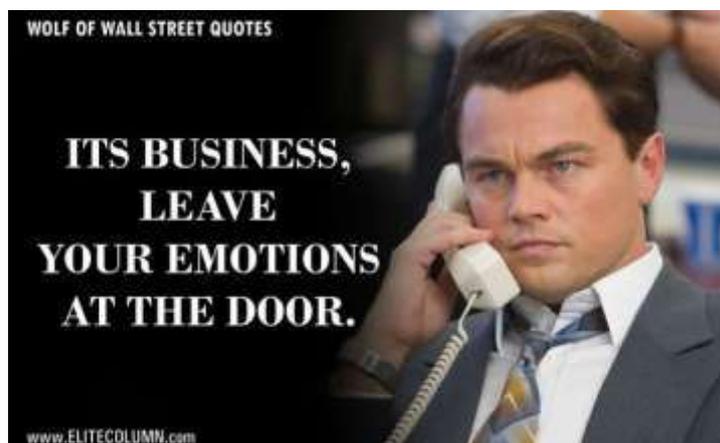
Les mêmes qui vantent le libre choix de la prise en charge décident ce qui est acceptable ou non lorsqu'il s'agit de déterminer ce qu'est un lieu de vie acceptable. C'est sûr qu'à rendre les conditions d'accueil en psychiatrie invivables faute de moyens et d'entretien, c'est facile de décréter par la suite

qu'il faut les supprimer définitivement. On croirait voir les dirigeant-es du Titanic qui après avoir saboté les capacités des canots de sauvetage auraient décidé de les couler, naufrager-es à bord, au prétexte qu'ils étaient trop remplis pour être utilisés.

La psychiatrie de secteur « rigide » et « preneuse d'otages »

Le rapport évoque un secteur « trop rigide », qui « prend en otage les patients pauvres ». Il s'agit d'un retournement complet de la réalité ! Oui il y a une surreprésentation des patient-es issu-es des classes populaires dans les file-actives des secteurs mais pas par prise d'otages. Plutôt parce-que c'est le dernier lieu psychiatrique pour les accueillir. Les autres lieux, comme la majorité des services universitaires et des cliniques privées, filtrent les patient-es sur leur capacité de paiement des dépassements d'honoraires et sur leur faible gravité clinique. Les autres n'ont que le secteur psychiatrique du service public pour accueillir leur souffrance. C'est plutôt ces structures, universitaires ou privées, qui prennent en otage du travail soignant, des effectifs donc de l'argent socialisé, pour le profit ou le prestige d'une minorité.

La « rigidité » est critiquée en vue de « décloisonner » puis même de « dépasser la sectorisation psychiatrique », avec en vue, telle que l'exprime Wonne, de défendre le « libre choix » des patient-es. Il s'agit d'une critique du secteur qui s'est faite dès sa naissance, qui correspond en réalité à la position historique de la médecine libérale.



PTSM le poison de la bureaucratisation

Le rapport se fait par la suite le pourfendeur de la complexité bureaucratique des soins psychiatriques. Les mêmes qui soutiennent depuis des décennies des mesures techniques pour s'assurer la diminution des moyens économiques pour la psy qui pleurent sur « le millefeuille [qui] a donc progressivement, inexorablement et considérablement, épaissi » en 30 ans, sur « La prolifération des acteurs sanitaires dans le champ de la santé mentale ». Nous on rigole jaune.

Alors de deux choses l'une.

Premièrement, peut-être que vous avez un problème de comprenelette, mais la sectorisation c'est simple comme principe : un territoire, un service, une équipe, des interactions entre le dedans et le dehors. Après dans le concret et le quotidien ça devient compliqué, mais c'est

comme ça la psychiatrie, c'est compliqué. De toute façon quand on vous donne du simple « plus de moyens, plus de soignant-es, plus de formations » vous vérifiez immanquablement vos lacets de chaussures.

Deuxièmement, on vous voit trouver des excuses bidons et tourner autour du pot en mode « le secteur ça ne marche pas, c'est un échec... » alors que votre seul objectif c'est de continuer les mêmes politiques en faisant croire que vous avez compris la crise.

Un exemple ? Vous passez dix pages à faire le bilan de l'inutilité des PTSM, du fait que c'est trop lourd, inutile, incompréhensible. Pour nous expliquer qu'il faut les « consolider » à grand coup de nouveaux dispositifs qui doivent soutenir le dispositif : CLSM (Conseil de Santé Mentale de Secteur), les CPT (Communautés Psychiatriques de Territoire) à inclure dans les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire), auxquels Mme Wonner pense qu'il faut intégrer le privé ???

Sans rigoler vous y croyez vraiment ? Si on souhaitait rendre un système dysfonctionnel, incompréhensible, excluant, c'est parfaitement ça qu'il faudrait faire.

En parfait-es bureaucrates, afin de subtiliser le pouvoir et faire qu'il ne puisse être partagé par aucune personne directement concernée vous le complexifiez jusqu'à outrance.



Le nuisible ce n'est pas le secteur, c'est tout ce qui a suivi

Dans son ambivalence qui lui permet de tout et rien dire, le rapport nous rappelle en page 15 qu'après la 2^{ème} Guerre Mondiale et ses « 45000 internés morts de faim dans les asiles » a été mise en place une « politique d'égalité dans l'accès aux soins psychiatriques et d'une éthique de l'accueil et de la disponibilité, véritable antidote à l'aliénation sociale, a un nom dans notre République : le service public et son pendant en psychiatrie que constitue le secteur ». Puis, en page 12 il est recommandé de « revenir à l'esprit du secteur à sa création ».

Le rapport dresse la liste des lois qui se sont succédées afin de libéraliser, de réduire les moyens, obsédées par le sécuritaire et le rentable qui n'ont eu de cesse par la suite d'attaquer et restreindre la sectorisation dans sa définition large. En voici pour rappel quelques-unes :

- ◆ La circulaire du 14 mars 1990 qui sort l'attaque de « l'hospitalocentrisme » à combattre grâce aux CMP, mais sans moyens pour les CMP. On nous raconte par exemple page 45 que « *notre dispositif public de psychiatrie est (...) inadéquat pour atteindre les objectifs de santé mentale (...). Il est encore beaucoup trop concentré et si on le compare avec les possibilités techniques actuelles, trop consacré à l'hospitalisation à temps complet.* ». Quelles sont ces possibilités ou ces techniques ? Mystère !
- ◆ L'ordonnance de septembre 2003 qui supprime les secteurs psychiatriques, confirmée par la loi HPST de 2009. Mais comme rien d'autre n'est proposée à part de la technocratie bureaucratique, rien ne change dans l'organisation des services. Appelons ça de l'intelligence pratico-pratique.
- ◆ La loi de janvier 2016 qui réintroduit le secteur mais sans donner de moyens, c'est toujours pareil. Et qui instaure aussi les PTSM pour Projet Territoriaux de Santé Mentale.

Les cas français prônés par le rapport, un modèle de modernisations?

Vient ensuite des exemples merveilleux sur le papier. Par exemple le cas du PTSM Pyrénées Orientales, page 109 (tiens iels ont réussi à finaliser leur PTSM là-bas). Ainsi que le cas de Lille.

Le rapport souligne les nouvelles méthodes à la mode, et qui serviront à adapter l'offre de soins et l'offre de services sur le territoire.

Cela commencera par la diminution des relations avec les acteurs du soin (via les télé-médecines, les conférences téléphoniques pour l'exemple de Lille page 121, cloisonnant encore plus la rencontre et le relationnel).

Le « recentrage » sur les patient-es se fera à coups de développement d'outils numériques, et d'exercices d'éducation thérapeutique.

On oublie le secteur, et l'hôpital. « L'ambulatoire », ce sera des interventions « graduées » d'équipes mobiles intersectorielles, spécialisées dans tel ou tel trouble psychique, avec une directive neuroscientifique au détriment d'approches plurielles page 123.

Loin de nous l'idée de refuser tel ou tel exemple d'organisation des soins, et de pouvoir analyser ce qui marche à tel ou tel endroit. Nous revendiquons la pluralité des pratiques, ce n'est pas pour nous positionner nous-mêmes comme intolérant-es face aux intolérant-es. Mais nous sommes obligé-es de remarquer le caractère extrêmement orientés des exemples donnés dans le rapport. Ils ont bien plus pour but de démontrer que d'éclairer, en faisant croire que des résultats thérapeutiques ne peuvent être obtenus que par un seul type de pratique (dans le rapport exclusivement lorsque ça coûte moins cher). Les exemples et contre exemples sont illimités. Généraliser un cas particulier comme le fait un rapport, ce n'est qu'une tentative plus ou moins habile de manipuler.

LE SECTEUR QUE NOUS DÉFENDONS

Pour nous, il est évident qu'il faut conserver l'esprit de la sectorisation, à savoir soigner les personnes au plus près, voire au sein de leur environnement social et familial. Mais encore faut-il savoir de quoi on parle.

La conception du secteur qu'on défend, le vrai, c'est qu'une même équipe de soignant-es s'occupent des hospitalisations sous-contraintes et de la psychiatrie de proximité, qu'il y ait au moins un lien. Cela implique d'avoir les moyens d'intervenir dans tous les domaines de l'accompagnement. Le secteur c'est l'idée d'une psychiatrie généraliste et pluraliste, ce qui ne veut en aucun cas signifier de mauvaise qualité. Car c'est avant tout la rencontre notre outil de soin, qui se travaille dans le temps et la confiance.

Pour être améliorés, les secteurs auraient besoin de moyens massifs, pour plus de temps relationnel et thérapeutique. Il

faut aussi réduire le périmètre des secteurs pour aller vers des espaces de soin qui correspondent aux lieux de vie des personnes accompagnées.

Le secteur c'est aussi la circulation, des patient-es comme des soignant-es

C'est l'inverse d'une visée spécialisée qui tend à morceler la personne dans la logique de symptômes fragmentables. C'est la logique actuelle des soi-disant unités innovantes intersectorielles spécialisées (sur le psychotrauma, les EMLA, les équipes mobiles, etc). Tout ça c'est de la psychiatrie de proximité. Sauf que ça aboutit à un morcellement des structures. Et toutes ces instances bureaucratiques dont on a parlé plus haut (PTSM, CMT, GHT etc) visent à colmater ce morcellement. De manière bureaucratique, c'est à dire en étant coupé du terrain et du soin.

LE RAPPORT WONNER : UN PLAIDOYÉ POUR UNE PSYCHIATRIE SCIENTISTE HÉGÉMONIQUE

Tout comme l'affirmation que le secteur a échoué et que l'hospitalisation est par nature à supprimer, le rapport affirme comme une évidence qu'il faut homogénéiser les soins et pratiques en psychiatrie. C'est formuler avec l'évidence de l'évidence. La psychiatrie est une spécialité médicale comme une autre. C'est une spécialité qui s'appuie sur la Science (avec un grand « S »). Et que partant de ce point de départ, si c'est une science, il n'y a qu'une vérité qu'il s'agit d'accepter et d'appliquer en conséquence les pratiques qui en découlent. Soins, recommandations, hypothèses...

Dr jusqu'à preuve du contraire, toute affirmation concernant la folie et les maladies mentales reste aujourd'hui de l'ordre de l'hypothèse. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'avancées médicales, qu'il ne faut pas faire de recherche. Mais c'est de l'arnaque et de la posture idéologique que d'affirmer ce qu'est la réalité scientifique de la psychiatrie.

Alors quelle position prendre ? Il n'y a pas de vérité absolue, la psychiatrie est de l'ordre de la science sociale et non de la science dure. Pour nous il faut donc absolument maintenir la pluralité des pratiques, des orientations, et lutter contre toute volonté d'écrasement d'une orientation ou d'un courant de pensée sur d'autres. En se rappelant que les tenants d'une idéologie tenteront toujours de l'imposer au nom de la vérité, qu'elle soit scientifique ou révélée.

Le lobbying de « FondaMental » fonctionne parfaitement chez les député-es

Ces politiques, si elles se sont déclinées spécifiquement en psychiatrie, sont les mêmes que pour le reste de la santé, du social et du médico-social. Avec la caractéristique en psychiatrie qu'elles se sont appuyées sur un discours d'une psychiatrie scientifique, adossée au pouvoir économique des

laboratoires pharmaceutiques, qui n'a eu de cesse de se renforcer pour devenir hégémonique.

Il y a un bon exemple de pensée hégémonique page 51 : « La diversité des offres de soins et la liberté des approches possibles n'est pas sans incidence sur cette multiplication des structures. » Donc trop de diversité et trop de liberté des approches, sous entendu, il est nécessaire d'homogénéiser les pratiques. Ce qui est un peu paradoxal avec la volonté affichée dans le rapport que les patient-es puissent conserver leur liberté de choix de praticien-ne et de structure.

Pour les sources et les conseils d'actions futures, les rapporteuses s'appuient beaucoup, voir exclusivement, sur l'institut Montaigne (think-tank qui produit des études, entre autres), et les témoignages et conseils de deux professeurs, à savoir Pr. Marion Leboyer et Pr. Llorca. Iels sont cités respectivement 10 et 3 fois dans les 59 pages de la partie II. Iels sont tou-tes deux partenaires officiel-les de « Fondamental » (on présentait cette organisation partisane des neurosciences et financée par de grands groupes capitaliste dans le Lien Psy précédent).

Cela soutient l'argument du rapport sur la nécessité d'homogénéiser l'offre de soins, et la méthode. Une manière de parapher les premières lignes de la conception d'une unique manière de soigner déjà bien présentée, et labellisée qui plus est.

Labelliser pour homogénéiser

On nous parle de labelliser les structures, tout comme dans le rapport IGAS au sujet de la prise en charge coordonnée et de l'expérimentation du remboursement des suivis psychologues (libéraux). Avoir un label, accordé par une instance gouvernementale (HAS), sur des critères homogènes et réductifs, n'est pas une solution. C'est une manière de contrôler, et de mettre en place là encore le diktat de la pensée unique.

Seul-es sont jugé-es aptes celles et ceux qui se plient aux nomenclatures (forcément restrictives et influencées) de l'HAS. Nomenclatures qui seront nécessairement définies par des visions économiques du soin. Il faut voir le projet des psychologues libéraux pour s'en convaincre, notamment par rapport au paiement dérisoire qui est proposé pour les séances. C'est du déstockage, de l'ubérisation des métiers.

Faire de la place au privé et au libéral

L'homogénéisation de l'offre de soins, la gradation des soins, le « *virage ambulatoire* », tous ces concepts sont minutieusement étoffés par la critique du manque de « *résultats* » du Secteur. Ce Secteur qui « *a freiné le développement d'une expertise spécialisée* » page 89. Le secteur c'est avant tout une psychiatrie généraliste, accessible à tous sur l'ensemble du territoire. Quid de sa disparition au profit d'une somme « *d'experts* », venant ainsi faire fondre la discipline psychiatrique, au profit d'une spécialité ?

Est-ce là la prochaine étape ? La disparition du secteur ? Et à long terme de l'Hôpital public, avec une volonté de parfaire la transition entre les acteurs médico-sociaux de la cité (médecins généralistes et libéraux de tous poils) pour permettre un soin tout ambulatoire, et ouvert à concurrence ?

Plusieurs illustrations dans ce rapport mettent cliniques privées et hôpital public sur la même ligne. Est-ce à dire que « *l'inclusif* » tant défendu par l'ADESM (Association des Établissements du Service Public de Santé Mentale qui regroupe des directions d'établissements) passerait par l'offre privée ? « *Ce qu'il nous faut avant tout aujourd'hui, c'est un virage inclusif, avant un virage ambulatoire.* » L'entrée dans la partie de cette idée se fait par le signalement d'une offre psychiatrique insuffisante sur le territoire, et une offre privée inégalement répartie.

Mesures pour détruire la psychiatrie tout court : une dé-psychiatriation néolibérale

Le rapport débute sa présentation de sa nouvelle organisation là aussi sur une instrumentalisation. Il reprend à son compte l'état catastrophique du manque de soignant-es, du manque de lits, etc. Mais non pas pour débloquer massivement des fonds, non, pour affirmer la nécessité d'une nouvelle organisation, comme l'ont dit et fait les politiques de santé depuis plusieurs décennies. Les mêmes qui ont injecté le fonctionnement de l'entreprise privée dans le fonctionnement de l'hôpital public, à l'origine de la catastrophe actuelle !

Mais en quoi consiste cette nouvelle organisation ? D'abord geler l'ouverture de lits, plutôt que d'en ouvrir.

Ensuite, plutôt que de renforcer les équipes de soins sur le terrain, renforcer la bureaucratie de la psychiatrie : la MDPH (qui décide du destin des malades sur dossier sans les rencontrer), les CLSM et PTSM d'échelle départementale.

Puis attribuer les fonctions de soins et d'assistance non pas à des soignant-es formé-es à la psychiatrie mais aux infirmières libérales, aux médecins généralistes, aux familles (développer les pairs aidant-es) et mêmes aux malades eux-mêmes

(développer les Groupes d'entraide mutuelle). C'est déjà ce qui se passe, avec les catastrophes qui résultent de l'inorganisation de la multiplicité d'acteurices privé-es non formé-es. La psychiatrie est précisément née pour décharger la société civile de problèmes qu'elle n'a pas les moyens de résoudre.

L'attribution au privé va plus loin puisque le rapport veut étendre aux établissements psychiatriques privés les missions du service public, dont celles du secteur psychiatrique. Permettant au passage l'ouverture de



marché au capital des cliniques privées.

Enfin, le développement de soins numériques, mécanisés, dans un domaine où la relation humaine de base est irremplaçable, car attaquée par la maladie mentale : développement de la télémédecine et des « *case managers* ». Il est ajouté que « *le numérique peut aussi être utilisé pour augmenter les moyens actuels de la psychiatrie en matière de suivi extrahospitalier* » : on comprend ici, l'outil numérique pour remplacer une visite à domicile, c'est l'idée qui est développée pour le « *Passport BP* » (voir le Lien Psy de Novembre 2019).

La prise en charge coordonnée du parcours de soin se fera via les fameux « *case-managers* ». Autrement dit, on favorise les échanges d'informations en faisant reposer la responsabilité sur une seule personne. Et on mettra au travail les pharmaciennes d'offices, les pratiques libérales en tous genre pour faire le boulot de « *surveillance* » et de suivi. Là encore s'appuyer sur l'offre privée, pour déconstruire l'offre publique, tout en expliquant que non, parce que c'est une coordination et une réorganisation dont il s'agit. Ça pourrait presque passer.

Ainsi, il s'agit de réduire encore le soin psychiatrique public, organisé dans une logique de proximité, au profit des cliniques privées, de la télémédecine, de l'industrie pharmaceutique qui se fout du soin relationnel. Il s'agit d'une politique en cohérence complète avec la politique néolibérale des dernières décennies et accélérée par le Président Macron.

instrumentalisation de l'antipsychiatrie italienne

A plusieurs reprises, le rapport cite l'antipsychiatrie italienne, qui fut portée par le Dr Basaglia.

D'abord en citant Collucci, collaborateur de Basaglia : « *on peut être un bon ouvrier en entendant des voix* ».

Cela pour justifier la remise au travail des malades mentaux, en feignant d'ignorer l'exclusion sociale dont iels font preuve du fait de leur folie.

Oui, un malade mental peut travailler, à condition que le milieu de travail se travaille lui-même pour pouvoir accueillir sa folie. Or le projet d'une psychiatrie néolibérale, c'est (ré)adapter les fous au monde du travail. Et pas à n'importe quelle place. En aucun il s'agit de réfléchir à transformer notre modèle de société et repenser comment s'organise l'exploitation, alors même que nous identifions toujours plus la violence et les souffrances causées par l'emploi.

Cela ne peut se faire tel quel : pourquoi dans ce cas les malades mentaux ne sont pas ouvrier-es ou rédacteurices de rapports ministériels ?

A Trieste, mise en place d'une "fliciatricie"

Rappelons que l'antipsychiatrie italienne, le mouvement Psychiatrie démocratique porté par le Dr Basaglia, du parti communiste italien, d'abord à Gorizia puis à Trieste au cours des années 1960-1980, fut la tentative de construire des soins aux malades mentaux tout en réclamant la fermeture de l'hôpital psychiatrique italien, qui fonctionnait, à l'époque, comme un asile d'aliéné-es, contrairement à la France où les asiles étaient en cours de transformation par la politique du secteur.

Cependant, déjà Basaglia et ses collègues se distinguaient de la politique libérale qui eut lieu aux Etats-Unis à la même époque, la désinstitutionalisation, en y dénonçant la fermeture de nombreux hôpitaux sans rien proposer en alternative, conduisant de nombreux-ses malades américain-es à la rue. Le but, c'était l'alternative, qui consista à construire une psychiatrie de proximité, de la même manière que le fit le mouvement du secteur en France, ce que le rapport pointe du doigt. Or dans le même temps ce rapport déverse son mépris pour le secteur.

Précarisation par le recours aux aidant-es

Et l'inclusif se générera surtout par le développement du soutien (et de la formation) des « *aidant-es* ». Voici un rouage

économique, les nouveaux acteurices du soin, précarisé-es toujours.

Attention ne nous faisons pas dire ce que nous ne disons pas. Il n'y a aucun problème de fond au principe que le soin psychique, basé sur la relation, puisse prendre toutes les formes possibles. Et que n'importe qui, quelque soit son histoire ou statut social, puisse aider quelqu'un d'autre en détresse psychique.

Néanmoins, on ne peut pas ignorer ce qui sous-tend la volonté du rapport de voir se développer et se multiplier les prises en charge par les familles elles-mêmes ou les usager-es « *paires-aidantes* ».

Les politiques sont obnubilées par la volonté de réduire les dépenses de santé. Ce dont il est question ici, ce n'est pas un développement des moyens ou un amélioration des soins et prises en charge, mais un transfert massif de soins vers du travail gratuit. Par le biais de l'associatif et le bénévolat, ou par le biais familial.

Et nous ne pouvons pas ignorer que selon l'organisation patriarcale de notre société, où le "prendre soin" est toujours largement majoritairement une notion attribuée aux femmes, c'est sur elles que sera reportée la majorité la charge et la responsabilité de ce transfert. D'ailleurs pour ce qui se fait déjà, c'est massivement le cas (mères qui cessent toutes activités pour s'occuper d'enfants handicapés qui n'ont pas la possibilité d'être accompagné-es dans des institutions adaptées à leurs besoins).

Alors oui, il faut mettre des moyens pour aider, former, accompagner et soutenir les aidant-es. Oui il faut développer les institutions et Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) où des patient-es et ex-patient-es s'entraident et produisent du soin et de la rencontre. Mais il faut le faire par un développement des moyens de la psychiatrie, par une interaction avec les professionnelles. Et il faut payer tous et toutes les personnes qui travaillent en psychiatrie, reconnaître le travail à sa juste valeur, afin de couper l'herbe sous les pieds de celles et ceux qui ne pensent qu'à précariser et rendre gratuit le travail réalisé dans le seul but de faire toujours plus d'économie.

PRÉCONISATIONS ET CONCLUSION

On voit donc que ce nouveau rapport s'inscrit dans la droite file des politiques précédentes. Celles-ci n'ont pas répondu financièrement aux besoins de la population psychiatrique, ce qui a rendu les secteurs psychiatriques inefficaces. Cela leur permet alors de proposer une alternative, à bas coût, misérabiliste, faussement moderne et scientifique, qui enlève au soin psychiatrique sa substance humaniste, qui démultiplie les inégalités de prise en charge par la privatisation, qui à l'aide de nombreuses instances bureaucratiques laisse croire que des soins sont prodigués, laissant les malades mentaux les plus graves, dans le silence excluant et mortifère de leur folie : structures de relégations, prison et rue.

C'EST POURQUOI LE SYNDICAT SUD SANTÉ SOCIAUX CONTINUE ET CONTINUERA À SOUTENIR LES MOBILISATIONS DES SALARIÉ-ES QUI VISENT À L'AMÉLIORATION DES SERVICES PUBLICS ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA FOLIE, ET REVENDIQUE POUR L'ENSEMBLE DE LA PSYCHIATRIE UNE AUGMENTATION DE L'ENSEMBLE DES MOYENS NÉCESSAIRES POUR DES SOINS DES QUALITÉS, ÉMANCIPATEURS ET THÉRAPEUTIQUES PSYCHIQUEMENT ET SOCIALEMENT.



LES PROPOSITIONS DU RAPPORT

LES REVENDICATIONS SUD

Proposition 1 : réaffirmer le libre choix et les droits du patient.

Proposition 2 : définir une politique nationale de santé mentale.

Proposition 3 : déstigmatiser la psychiatrie et intégrer la santé mentale dans « Ma Santé 2022 ».

Proposition 4 : créer une agence nationale en charge des politiques de santé mentale.

Proposition 5 : renforcer le pilotage interministériel via l'évolution du délégué à la santé mentale.

Proposition 6 : créer des coordonnateurs territoriaux en santé mentale garants de la déclinaison de la politique nationale et du suivi de la mise en œuvre des PTSM.

Proposition 7 : soutenir et développer les CLSM pour faciliter la concertation entre tous les acteurs de proximité (sanitaires, médico-sociaux, sociaux, élus, usagers, etc.).

Proposition 8 : organiser une véritable gradation des soins en faisant évoluer le secteur :

- ◆ Développer la prévention primaire et secondaire en santé mentale
- ◆ Développer le premier recours et l'accès aux soins de proximité
- ◆ Moratoire sur la création de lits supplémentaires en psychiatrie (proposition de la rapporteure Martine Wonner) les deux rapporteures demandent un renforcement de moyens affectés aux équipes de secteur mais la rapporteure Caroline Fiat souhaite que cela puisse se faire en deux temps : pour qu'elles puissent sortir de l'intra-hospitalier et fermer des lits dans un deuxième temps)
- ◆ Déployer des équipes spécialisées multidisciplinaires à l'échelon départemental voire régional.

Proposition 9 : accélérer le virage ambulatoire en redéployant 80% du personnel de l'hôpital psychiatrique sur l'ambulatoire à l'horizon 2030.

Permettre un accès au services publics de psychiatrie à tout le monde, proche des lieux de vie, avec tous les lieux de soins permettant un accompagnement de qualité, global, rapide et gratuit.

Réaffirmer l'organisation des soins autour du secteur, en développant les moyens et en réduisant les espaces géographiques. Garantir la pluralité des pratiques.

investissement massif et multiplication des moyens de l'intra et de l'extrahospitalier, création d'unités diversifiées pour prendre en compte tous les besoins des usager-es. Augmentation massive des effectifs des équipes par création de postes et ouverture de lits d'hospitalisation.

Permettre un accès au services publics de psychiatrie à tout le monde, proche des lieux de vie, avec tous les lieux de soins permettant un accompagnement de qualité, global, rapide et gratuit.

Affirmer la particularité de la psychiatrie hors de l'ensemble de la médecine MCO. Définition des moyens financiers, humains et matériels basés sur les besoins, décidés démocratiquement par les concerné-es, professionnel-les et usager-es.

Assurer la liberté des approches et des politiques de soin en psychiatrie, définies localement et conjointement par les équipes soignantes et les usager-es.

Intégrer l'ensemble des établissements privés du sanitaire, du social et du médico-social dans service public du soin unifié, gratuit, financé à 100% par le salaire par le biais des cotisations sociales.

Développer les secteurs pour intégrer l'ensemble des soins proposés par une équipe pluridisciplinaire unique. Proposer au sein des secteurs tous les niveaux de prise en charge, au plus près des lieux de vie des usager-es.

Renforcer et développer la formation des professionnel-les, **sans restriction ni valorisation d'aucune orientation que ce soit**, afin de garantir une qualité et une diversité des accompagnements dans chaque secteur.

Intégration de toutes les unités intersectorielles aux secteurs.

COMMISSION PSY DE SUD SANTÉ SOCIAUX 37, QUI SOMMES-NOUS ?

Ce journal a été pensé et rédigé collectivement par la Commission Psy du syndicat SUD santé sociaux d'Indre et Loire.

Cette commission regroupe les militant-es et des adhérent-es du syndicat SUD qui pensent essentiel de réfléchir collectivement aux enjeux du travail en psychiatrie.

Si vous êtes adhérent-e à SUD et que vous souhaitez nous rejoindre pour y participer, c'est tout à fait possible.

N'hésitez pas à nous contacter et à venir nous rencontrer.

LE MILITANTISME C'EST COMME LA PSYCHIATRIE C'EST UNE AFFAIRE COLLECTIVE ET DE RENCONTRES

SUD SANTÉ SOCIAUX 37 18 RUE DE L'OISELET LA CAMUSIÈRE, 37550 ST AVERTIN
TÉLÉPHONES Permanence le lundi : 02 47 71 00 65 — Tous les jours : 06 15 08 62 22 —
au CHU : 02 47 47 37 62
INTERNET Mail: sudsantesociaux37@gmail.com — Site : <http://sudsantesociaux37.org>