

Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec

REVUE DE PRESSE

Articles critiques en santé mentale Juin 2011

Les articles reproduits dans cette revue de presse sont
disponibles sur les sites Internet de :

LE DEVOIR.com
Libre de penser

Le Monde.fr

Cerveau & Psycho.fr

Le magazine
de la psychologie
et des neurosciences

MEDIAPART

combat
en ligne

robert@rrasmq.com
29 juin 2011

28 juin 2011

Milieu psychiatrique - La persistance de l'institution «totale»

Dave Holmes - Professeur titulaire à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa et titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers médico-légaux, Amélie Perron - Professeure adjointe à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, Stuart J. Murray - Professeur agrégé à la Faculté des arts de l'Université Ryerson 28 juin 2011 [Santé](#)

La publication d'un rapport dévastateur sur les conditions de traitement, ou plutôt d'absence de traitement, en milieu psychiatrique fait encore une fois les manchettes alors que tout un chacun crie au scandale. Mais quel scandale?

La situation décrite dans le rapport conjoint du Collège des médecins (CMQ) et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) concernant le CSSS de Saint-Jérôme est connue depuis longtemps et témoigne encore une fois des conditions de traitement accablantes et affligeantes auxquelles sont soumises des personnes vulnérables souffrant de troubles mentaux. Ce scandale n'est pas nouveau, il perdure depuis des décennies et, à la lumière de nos travaux de recherche, il est endémique partout au Canada dans les institutions où le pouvoir, le contrôle et les populations vulnérables s'entrecroisent.

Si les conclusions du rapport conjoint sont alarmantes, les conditions de «détention» dont il est question ici sont intensifiées dans des milieux psychiatriques en milieux correctionnels où l'utilisation de la cellule du patient, de la salle d'isolement ou des contentions mécaniques ou chimiques fait partie de l'arsenal «thérapeutique» quotidien alors qu'ils sont souvent associés à des plans de modification de comportements qui ne sont d'aucune efficacité, en plus de placer le personnel soignant dans des situations où ses obligations professionnelles sont ignorées.

Absence de soins

Le déploiement des mesures restrictives dont il est question dans le rapport s'inscrit au cœur d'un complexe hospitalo-carcéral où s'articulent des processus sociaux propres aux institutions définies comme «totales» où les aspects les plus rudimentaires de l'existence (intimité, horaire des activités quotidiennes, permis de circuler, etc.) sont complètement pris en charge pour un traitement de masse. Le fonctionnement de l'institution totale est «simple» et sans nuance: un règlement intérieur (traitement) qui dicte les règles de la vie quotidienne dans l'unité de soins, assorti de sanctions (retrait en chambre, isolement, etc.) ou de privilège (permis de circuler, congés d'essais) afin d'assurer la conformation du patient au «système»

L'absence de soins, dont fait courageusement état la présidente de l'OIIQ, est telle qu'on peut légitimement se demander si le traitement existe réellement en milieux de soins psychiatriques. En écoutant les nombreux reportages qui ont suivi le dépôt du rapport, on se demande comment cela a pu durer aussi longtemps avant que l'on sonne l'alarme.

Effet puissant des institutions

Comment expliquer le silence du personnel soignant? Ce dernier est pourtant au fait de ses obligations éthiques et légales à l'endroit des populations dont il a la charge; il est au fait, aussi, des sanctions possibles advenant une faute professionnelle. Mais c'est sans compter l'effet puissant de ces institutions qui prônent la conformité et l'obéissance, non pas seulement celles des patients, mais celles, également, du personnel soignant. Ces institutions imposent un cadre rigide de comportements tant à ses résidents qu'à son personnel. Pour ce dernier, aller à l'encontre du courant, sortir des rangs, s'opposer à la tendance du groupe, peuvent aussi entraîner la perte de certains «privileges» et des sanctions diverses (critiques des pairs, ostracisme, railleries, exclusion, méfiance). Ce processus n'est pas unique aux milieux psychiatriques, mais il est certain que compte tenu de leur nature fermée, ceux-ci se prêtent bien à son déploiement.

Nous saluons le courage des deux ordres professionnels pour la qualité de leur rapport et les encourageons fortement à étendre leur exercice à d'autres milieux psychiatriques où les modalités de traitement sont non seulement archaïques, mais également le symbole d'une violence organisationnelle qu'on ne remet plus en question tant elle fait partie des façons de faire et est intégrée aux rituels des milieux. Cet exercice devrait comprendre les milieux psychiatriques hospitaliers et aussi les milieux psychiatriques correctionnels.

Dave Holmes - Professeur titulaire à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa et titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers médico-légaux, Amélie Perron - Professeure adjointe à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, Stuart J. Murray - Professeur agrégé à la Faculté des arts de l'Université Ryerson

Le Monde.fr

| 13 juin 2011

La psychiatrie ne doit pas être l'otage du tournant sécuritaire

Ont-ils compris, nos parlementaires, que le projet de loi sur les soins sans consentement, adopté à l'Assemblée nationale en deuxième lecture, n'apportera aucune solution à l'alarme que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en service commandé vient de déclencher par son rapport sur les accidents graves en psychiatrie ? (*Les inspecteurs, qui ont enquêté sur une vingtaine d'homicides survenus dans les hôpitaux ces cinq dernières années, et sur des agressions dont ont été victimes des malades et des soignants, dénoncent "des dysfonctionnements systématiques"*) On n'épilouerna pas sur la médiocre qualité dudit rapport, due en partie à l'empressement à démontrer, en plein débat parlementaire sur un projet de loi controversé, l'insécurité en psychiatrie. Au nom de l'ouverture de la psychiatrie à la santé mentale, on s'habituerait presque à ce que chacun se sente compétent pour asséner ses jugements sur le contenu des soins, mais on est en droit d'attendre plus de rigueur de cette haute instance chargée d'éclairer la décision publique avant de diffuser des conclusions tranchées.

L'avertissement qui figure en tête du rapport sur l'incomplétude et les failles méthodologiques de l'étude n'empêche pas ses auteurs d'ajouter les recommandations pour toute une organisation sanitaire, en généralisant à partir du panachage de rapports antérieurs, des conclusions chargées des clichés les plus



ordinaires sur la psychiatrie. Peu soucieux de se contredire, voilà un nouveau réquisitoire qui accuse les professionnels d'abuser de la contrainte contre les droits des patients tout en étant trop laxistes, notamment avec les patients fugeurs. Des soignants qui sont ce coup-ci tout à la fois fumeurs excessifs, coupables d'absentéisme et de cumul d'emplois, peu formés à la réponse à l'agressivité quand ils sont jeunes et soumis à leurs émotions quand ils sont plus anciens.

Les directeurs d'établissement ne sont pas mieux lotis, jugés assez cupides pour que leurs efforts "vertueux" d'amélioration ne soient sensibles qu'aux incitations financières. Quant aux usagers, que d'autres rapports sur la psychiatrie appelaient à ne pas stigmatiser, les voilà, bien que contraints au paiement du forfait hospitalier, gaspilleurs de la solidarité nationale par un tabagisme qui fait partir en fumée l'allocation adulte handicapé !

La violence potentielle des patients traités en psychiatrie constitue bien évidemment la moelle du rapport, ce qui n'a pas échappé aux quelques médias qui ont choisi de relayer le message sur la suspicion de dangerosité étendue aussi bien à l'ensemble des patients qu'aux lieux qui les accueillent. Ce sont donc dans des coupe-gorge que se font admettre les 600 000 entrées annuelles comptabilisées dans les hôpitaux psychiatriques !

Parce que tant qu'à citer en référence les études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les inspectrices aurait bien fait de les examiner. Avec un Français sur cinq appelé à développer au cours de sa vie un trouble psychiatrique, elles y auraient trouvé que le nombre de patients suivis a progressé de 74 % en dix ans pour les secteurs de psychiatrie (dont + 111 % en ambulatoire) et que les hospitalisations au long cours ont baissé grâce à une meilleure complémentarité entre les modalités de prises en charge que propose la sectorisation ou au transfert de certains patients dans des structures médico-sociales plus adaptées à leurs besoins (qui manquent cruellement).

Le tout sans que les effectifs des soignants aient évolué : le nombre de lits a diminué tandis que les entrées ne cessent d'augmenter dans des proportions vertigineuses. Balayer la critique sur le manque de moyens en brandissant le seul ratio de l'effectif de soignants par lit d'hospitalisation, comme si le "lit" était l'unité de mesure adéquate en psychiatrie, relève de la manipulation. Le rapport aurait au moins pu saluer une productivité remarquable ! La sectorisation, dispositif promu à l'initiative des soignants il y a cinquante ans pour diversifier et rendre accessibles les offres de soins, devrait continuer son évolution alors qu'aucune politique volontariste de santé publique ne l'y encourage ? Les dernières réformes hospitalières qui ont caporalisé les médecins chefs de secteur et démédiatisé les instances de décisions pour privilégier la logique de management hospitalier sont de parfaits moyens de la stopper.

Contrairement à ce que le rapport veut dénoncer, le problème n'est pas dans le système d'organisation de la psychiatrie, mais bien dans la déconsidération des politiques publiques qui abandonnent une discipline tout en multipliant les rapports alarmistes pour mieux s'en laver les mains.

Tout d'abord, cette organisation sectorisée est bien plus qu'un assemblage de petites structures hospitalières entassant des patients hétéroclites : il s'agit d'un dispositif d'ensemble, basé sur la complémentarité et la continuité des soins entre le milieu hospitalier et les prises en charge extrahospitalières, essentielles à leur efficacité. Ensuite, le confinement des patients dans des structures mal adaptées, l'absence de chambre individuelle et d'équipement sanitaire correct sont bien les stigmates de la négligence des tutelles, qui feignent maintenant de s'en étonner.

Les chiffres sur la croissance des coûts de la psychiatrie ne sauraient masquer que les derniers budgets ont été fléchés de manière autoritaire pour créer des chambres d'isolement, et absolument pas pour aligner les conditions hôtelières de la psychiatrie sur ce que tout patient est en droit d'attendre en hôpital général. Et ce n'est pas avec les suggestions extravagantes de l'IGAS pour améliorer le contrôle des allées et venues dans les services que la situation devrait s'améliorer. Plutôt que de mener le chantier de la loi globale et ambitieuse sur l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale, que l'ensemble des acteurs réclament, le gouvernement

prévoit pour l'automne un simple plan d'action dont l'IGAS nous donne les prémices : le retour de l'aliénisme et de ses asiles avec ses pavillons de force, ses quartiers pour les groupes "homogènes" de demi-agités et de tranquilles, que l'électronique des sas et des badges d'entrée saura moderniser !

Si le système de soins psychiatriques est aussi hétérogène au niveau national, c'est qu'aucune réflexion générale n'a été menée pour définir des normes de qualité des soins et de fonctionnement guidées par autre chose que la peur de la dangerosité. La psychiatrie se trouve encore une fois instrumentalisée au profit du débat électoraliste autour de la sécurité, alors qu'il faudrait bien révéler le coeur du problème : des soins psychiatriques adaptés aux nécessités cliniques contemporaines et à l'accueil humanisé des patients ont le défaut de demander des investissements conséquents, et c'est cet effort que refusent de faire l'Etat et les politiques publiques.

Alors, soit. Si ce rapport a raison de dénoncer les dysfonctionnements du système psychiatrique en appelant à un "véritable débat" et à un changement d'état d'esprit, il faut le prendre au mot : il est temps de mettre un terme aux rafistolages, et les parlementaires doivent exiger pour leurs concitoyens une loi globale de psychiatrie et de santé mentale et ne pas se contenter de voter, après une loi controversée, les prochains budgets d'un simple plan chargé d'en alimenter les aspects sécuritaires.

Isabelle Montet est secrétaire générale du Syndicat des psychiatres des hôpitaux ;

Jean-Claude Penochet est chef de service au CHU de Montpellier, président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux.

S'indigner, signe de santé mentale

L'activisme citoyen en situation de crise révèle la capacité générale du psychisme à faire face aux peurs et aux angoisses.

Sebastien Bohler est journaliste à *Cerveau&Psycho*

Ryan Rodrick Beiler/Shutterstock

Le succès immense de l'ouvrage *Indignez-vous !*, de Stéphane Hessel, n'a pas fini d'étonner les éditeurs, le public et les sociologues. Signe d'un besoin profond de réagir, de ne pas subir, de protester. Cette attitude serait profondément saine, suggèrent les travaux des psychologues.

Cette année vient de s'achever une vaste étude psychologique réalisée sur deux décennies, portant initialement sur la santé mentale des jeunes Allemands en 1985. Les psychologues Klaus Boehnke et Becky Wong, de Brême et de Singapour, avaient alors suivi des activistes (âgés de 14 ans en moyenne) engagés dans les mouvements antinucléaires au plus fort de la guerre froide, lorsque l'Allemagne s'appêtait à accueillir des missiles de l'otan, et d'autres jeunes non engagés dans de tels mouvements. Ils avaient commencé à évaluer leur degré de bien-être psychique, leurs problèmes d'anxiété ou de troubles psychosomatiques notamment, et recommencèrent à trois ans d'intervalle jusqu'en 2006.



L'étude est aujourd'hui achevée et livre son enseignement principal : de deux jeunes qui affirment que la menace nucléaire est élevée en 1985, celui qui se lance dans des mouvements de protestation contre l'implantation des missiles, connaît moins de troubles mentaux 20 ans plus tard, que celui qui n'a pas manifesté son désaccord.

L'activisme en soi n'est pas une thérapie. Il serait plutôt le signe d'une bonne santé mentale. A contrario, l'inaction devant une menace globale serait inquiétante, car reflétant une certaine incapacité de réagir face aux difficultés du quotidien. Les jeunes qui ne se mobilisaient pas en 1985 révélaient en fait leur difficulté à traduire leur angoisse en actes, et cette difficulté devait affecter ultérieurement d'autres domaines de leur vie. Il n'est pas étonnant que, 20 ans plus tard, ils soient dans une situation mentale plus délicate.

Dès lors, l'indignation ou la protestation pourraient constituer un apprentissage. Une initiation à l'art de transformer son angoisse pour ne pas l'intérioriser, et chercher des solutions. On peut aider cette initiation par l'éducation. Dans leur étude, de K. Boehnke et B. Wong ont constaté que le niveau d'éducation des jeunes est souvent prédictif de leur militantisme. Le citoyen trouve dans l'instruction des façons de mettre en œuvre ses capacités de protestation. Se documenter, lire – et s'indigner – c'est déjà traiter son angoisse, la structurer, éviter qu'elle reste indifférenciée et intériorisée. Comme le soulignent K. Boehnke et B. Wong, la culture et l'engagement politique sont peut-être un enjeu de santé mentale.

Pour en savoir plus : K. Boehnke et B. Wong, Personality and Soc. Psychol. Bul., vol. 37, p. 435, 2011

MEDIAPART <http://www.mediapart.fr/>

Par Guy Baillon

Psychiatre des Hôpitaux

EDITION : CONTES DE LA FOLIE ORDINAIRE

24 Mai 2011

Quel avenir pour la psychiatrie : asile-prison extensif, ou une liberté à reconquérir ?

L'asile-prison étendu au domicile en 2011

N'est-il pas pertinent d'anticiper et de montrer aux élus et à chaque citoyen les conséquences de cette **loi sur l'obligation des soins**, surtout depuis que nous savons que l'UNAFAM a demandé de la compléter dès septembre d'un « **Plan Psychique** »[1] élaboré à la demande du Président de la République ? L'idéologie de ce plan et ses propositions concrètes viennent éclairer l'idéologie de la loi.

L'UNAFAM s'appuie sur deux idées simples : la première, théorique, se veut la contradiction de la définition des Maladies mentales par Henri Ey, de notoriété mondiale, celui-ci les définissait comme « des pathologies de la liberté » au croisement de paramètres multiples. L'UNAFAM affirme que cela n'a pas de sens car selon elle les troubles psychiques sont le fait de troubles organiques, que la chimie et l'éducation peuvent remettre en ordre. Cette idée lui permet d'imposer une seconde idée : les malades mentaux sont des êtres ayant « perdu leurs capacités », il suffit donc de les entourer de toute une suite de mesures de protection auxquelles ils doivent se soumettre et obéir.



Ce sont bien exactement, dit clairement, les idées sur lesquelles repose la loi dite d'obligation des soins en débat en mai 2011 au Parlement. Nous voici ainsi projetés violemment au 18^{ème} siècle avant la découverte de la psychiatrie par l'équipe Pussin, Marguerite, Pinel montrant dans les années 1800 en enlevant la contention et les bracelets de ces déments forcenés, que « la folie totale n'existe pas, persiste une part de raison gardée », permettant la naissance du traitement par la parole. Aujourd'hui pour l'Etat et l'UNAFAM la folie totale existe à nouveau, il y a une catégorie d'hommes à part qu'il faut dépister, protéger, même contre leur gré, il faut les enfermer s'ils ne se soumettent pas ; c'est renouer aussi avec la période asilaire qui a suivi 1838 sous l'effet des théories organicistes, désignant des troubles organiques comme cause de la folie. Ceci a duré jusqu'à la dernière guerre montrant que la prétendue « protection asilaire » avait entraîné les seuls morts de faim en France, mais en nombre, 45.000 ! Les malades protégés ne pouvant se défendre contre la faim ; à ne pas oublier si l'on pense qu'il faut protéger des personnes vulnérables. Depuis, la psychothérapie, la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle avec des soins s'appuyant sur des collectifs, associés aux médicaments, le tout rassemblé dans la « psychiatrie de secteur », a montré que la base du soin psychiatrique est le respect de la dignité humaine, et le soutien de la capacité de l'homme à travailler ses liens.

L'UNAFAM, qui depuis 2000 a toujours travaillé en alliance attentive avec les usagers de la psychiatrie, la FNAPSY, et les représentants de la psychiatrie. Elle a décidé début 2011, rompant avec ses alliés, d'élaborer seule un « Plan Psychique » et de soutenir la nouvelle loi en développant seule cette idéologie qui considère la psychiatrie comme une médecine vétérinaire : les médicaments modernes, absents en 1800 et 1838, viennent aujourd'hui à bout de tous les symptômes inquiétants ; à bonne dose les malades deviennent soumis, certes au prix d'une inhibition de leurs fonctions psychiques dominantes (lucidité, volonté, mémoire, motricité). Peu importe de savoir ce qu'ils en pensent et ressentent. N'est-ce pas une violence sans nom ?

Après l'idéologie, examinons **ce qui va se passer concrètement sous l'effet de la loi et du plan**. Sa mise en place sera facile : pour les 72h, l'hospitalisation, le domicile, tout est prêt.

En effet les psychiatres n'ayant pas veillé à fermer les asiles en installant leurs lits en ville, ces grands espaces asilaires et hôpitaux généraux sont prêts à accueillir les centres de 72h et l'hospitalisation sous contrainte : dans chacun des 60 asiles et à l'entrée des hôpitaux généraux un pavillon sera consacré aux 72h et suffira pour tous les secteurs rattachés à cet hôpital. Son personnel sera prélevé en 24h sur les secteurs les mieux dotés. Aucun problème.

Les hospitalisés sous contrainte seront aussitôt transférés sans question de transport, à quelques mètres dans le même hôpital dans le pavillon de leur secteur qui sera toujours fermé, surveillé. Le personnel nécessaire à cette hospitalisation surveillée sera dans chaque secteur prélevé dans ses hôpitaux de jour, CATTP, CMP. Cela diminuera certes psychothérapie et prévention, mais ce traitement n'est plus de mise car il nécessite d'être libre. Il n'y a donc pas de problème là non plus.

Beaucoup de services étant déjà pleins actuellement, on trouvera d'abord des lits dans les secteurs voisins, bonne façon d'équilibrer les écarts trop grands existant entre les secteurs. Mais très vite ce sera insuffisant, il sera très simple de décider la sortie avec obligation de soins à domicile (certes un problème avec les SDF qui risquent de s'installer dans les lits), aucune famille ne pourra refuser puisque la sortie sera impérative ; certes en l'absence de personnel suffisant les sorties brutales ne pourront être évitées, mais le Plan Psychique de l'UNAFAM (dès qu'il sera voté) prévoit que ses bénévoles viendront tout résoudre ici et là.

Certes l'intervention du juge le 15^{ème} jour de l'hospitalisation va bloquer la bonne marche de « la machine » : on voit déjà la complexité qu'il y aura pour amener tous les malades au tribunal, les files d'attente de personnes agitées ; la vidéoconférence que l'on a sorti du chapeau comme solution magique va se montrer mal commode, réveillant des délires de surveillance, des peurs, des quiproquos, empêchant les juges d'apprécier la réalité de l'état psychique de chaque malade variant avec l'entourage. On va déchanter.

Heureusement les psychiatres trouveront de nombreuses façons de contourner les juges : il suffira de décider de la sortie avant le 12^{ème} jour (le juge ne peut pas intervenir avant le 15^{ème} !) ; c'est très simple si on surcharge les prescriptions chimiques ; et au domicile le juge n'a pas à intervenir puisque l'obligation de soin lui échappe (jusqu'au moment où un patient saisira le Conseil Constitutionnel pour venir constater que cette obligation dans un espace dont il ne peut sortir et où lui sont imposés force médicaments contre son gré constitue in fine une double « privation de liberté »), surtout si l'on sait que l'obligation de soins à domicile n'est soumise à aucune limite de temps, une fois pris jamais relâché.

Cette loi va avoir des **conséquences indirectes sur les soins, considérables**. Comme pour la loi de 1990 elles n'ont pas été anticipées, la première, comme pour 1990, sera l'inflation du nombre de soins sous contrainte et donc d'hospitalisations du même type. La seconde est la disparition des traitements psychothérapeutiques, d'abord collectifs, puis individuels ; la psychothérapie ne peut se faire sous la menace, disparition immédiate de la Psychothérapie Institutionnelle qui nécessite confiance et estime entre les membres d'une équipe (la délation pour faute de surveillance va faire florès). Le seul traitement retenu étant le médicament imposé de façon obligatoire (ceci implique un changement éthique complet de la place de tout médecin : cette obligation est une position totalement en contradiction avec sa déontologie, il est vrai que c'est une question qui ne concerne ni la loi, ni l'UNAFAM) l'échange avec le patient se limitera à une « injonction » (sinon à des injections de force). L'entrée dans un hôpital de jour, CATTP, CMP sera très rapidement annulée, car ce ne sont pas des lieux où l'on peut imposer la prise de médicaments ; on y pratique seulement diverses activités, ces activités ne peuvent être l'objet d'injonctions, car elles deviennent des **travaux forcés**, ce que les soignants refuseront de faire.

Les conséquences sur les soignants sont considérables : diminution des soignants d'abord dans les secteurs, puis dans les services, d'où leur déplacement constant et la mise en miettes de tout travail d'équipe, qui est le cœur du soin psychiatrique, réapparition des hiérarchies pour tenter de limiter les dégâts, ce qui les aggravera ; leur rôle se réduira à la surveillance, au gavage des médicaments, sans trouver aucun argument pour expliquer aux malades ce qu'est un soin obligatoire. Comment les soignants totalement démotivés vont-ils résister à cet écrasement qui se doublera de contraintes administratives serrées ?

En effet les patients commençant leur trajectoire de soin par le centre de 72h vont être pris dans un cercle vicieux dont ils ne pourront sortir : au moment où ils lui sont adressés, ils sont dans le **déni de leurs troubles**, ils ne peuvent donc comprendre qu'on leur demande d'accepter un traitement puisqu'ils ne savent pas qu'ils sont malades. Jusqu'à maintenant dans ce cas les soignants savent prendre le temps nécessaire pour établir un lien de confiance qui va aboutir à un début de communication, puis au dépassement du déni, tout ceci basé sur des mouvements **d'amour**. Rien de cela ne peut s'installer dans ces centres de 72h, violents, menaçants, anonymes. On sait que dans ces moments de déni toute attitude même inconsciente de pression, d'autorité, est vécue par les patients comme un danger contre lequel ils doivent se défendre et de toute façon résister. Le **cercle vicieux** s'installe après les 72h, l'hospitalisation sous contrainte, puis la contrainte à domicile, et sous la menace d'une nouvelle hospitalisation une lutte va s'installer qui va enserrer nombre de patients, sans limite de durée.



L'UNAFAM n'a pas compris que l'arrivée (qu'elle promet dans le Plan Psychique) d'une armée de bénévoles dans des centres d'appels téléphoniques, puis dans les divers espaces de soin, au lieu d'aider, va provoquer toute une suite d'interférences venant brouiller la mise en place de tout lien thérapeutique ; de plus les familles vont vite se positionner en opposition aux soignants dans les choix et orientations thérapeutiques (ou ce qu'il en restera) ; ce sera définitif lorsque les soignants apprendront que l'UNAFAM, pensant que ces familles ont besoin de formations importantes (jusqu'où ?), aboutissant à la délivrance de « prestations », demande un budget adapté et a fait le choix que ce budget soit prélevé sur le service public ! (tout ceci est écrit dans leur Plan), d'où une diminution accentuée des soignants.

La psychiatrie de secteur sortira de cet affrontement, rapidement détruite, tant sur le plan théorique que sur le plan des hommes.

Alors un mot des patients qui ne font pas l'objet d'obligation des soins : mais ils n'auront vite plus leur place en raison de la démotivation des soignants, la destruction des outils ; et dans les lieux où cela résisterait le contrôleur des espaces de privation de liberté, JM Delarue a expliqué ce qui se passe toujours : la logique de la surveillance domine le soin, avec ici un pas de plus, le souci sécuritaire sera aggravé de la violence de l'obligation de soin chimique, les patients « ordinaires » seront de plus en plus eux aussi enfermés, suspectés, surveillés, en un mot « ne seront plus aimés, plus aimés assez pour être soignés ». Ils n'ont plus leur place.

Un mot des psychiatres, interdits de psychothérapies, obligés de prescrire, soit ils seront « soumis » eux aussi à leur directeur et surveilleront, soit ils tenteront de résister (mais jusqu'où ?) avec des directeurs ayant pour la première fois le pouvoir de les dégommer et les déplacer à volonté dans des espaces de soin qui ne seront plus les secteurs mais des pôles dispersés, où les équipes d'urgence départementales sortiront du lot et en particulier les équipes mobiles joueront le rôle de râteau ramassant partout ceux qui auraient échappé à « l'appel des 72h », et où ils seront systématiquement et sans délai amenés.

L'UNAFAM ayant décrit les malades comme ayant perdu leurs capacités n'en resteront pas à ce constat ; une fois détruite la psychiatrie de secteur et recréé l'asile, qui sera tenu par des « gardiens », elle a prévu dans son Plan d'imaginer toute sorte de « mesures de protection ? » avec l'appui de la distribution continue de médicaments. Les familles les accompagneront.

Il semble vraiment que l'UNAFAM n'ait pas pris conscience de la charge sans limite que son Plan met sur les épaules des familles, sur responsabilisées, de plus en plus culpabilisées, elle prépare des asiles à domicile ; les familles se préparent elles-mêmes un enfer dont rien ne pourra les sortir. Les « bons élèves » du début, aidants-familiaux « ou bonnes familles » vont vite disparaître, écrasées, comme les malheureux pairs-aidants « bons malades ». Ce qui n'a pas été anticipé c'est ce gouffre dans lequel l'UNAFAM s'engage avec familles, patients.

En particulier la psychiatrie se recrée un ghetto, car tout le travail de lien social développé peu à peu par le travail de secteur avec l'ensemble du champ social va se détruire : resteront les asiles-prisons, et les ghettos à domicile que le tissu relationnel fuira totalement. Tout ceci sera bien tenu grâce aux moyens modernes qui font rêver, depuis les bracelets électroniques aux fichiers nationaux dont personne n'échappera, une fois marqué d'un tampon « 72h ».

Tout le champ de l'Action Sociale (social et médico-social) va se recroqueviller sur lui-même montrant qu'il n'a plus rien à voir avec la psychiatrie. Nous avons vu qu'au moindre doute un citoyen bizarre aura son destin tracé vers les 72h et son cercle vicieux. Qui pourrait porter la responsabilité d'avoir empêché à la psychiatrie de faire son travail d'obligation de soin ; il y aura régulièrement des médias montrant l'absence de sens civique qui n'aura pas permis de faire soigner une personne malade qui aura commis un délit ? Exit la loi de 2005 !

Au total une psychiatrie à deux vitesses s'installe, et ceci va aller très vite, car la société « brute de décoffrage » n'a qu'un souci c'est d'avoir des boucs émissaires et de s'en débarrasser, surtout lorsqu'ils ont sur le dos une

image péjorative, fut-elle d'Epinal, cela lui donne l'impression de faire le sacrifice humain qui lui promet un avenir planétaire. Deux vitesses. D'un côté l'asile-prison pour les pauvres et les abandonnés par leur famille. De l'autre la psychiatrie pour les riches, toujours cachée, car l'image générale de la folie sera très lourde à porter, toujours « opposée » lors des carrières publiques, les psychothérapies fleuriront, à côté de la multiplication des psychiatres experts qui vont gagner des sommes en raison du nombre vertigineux de certificats demandés par la loi.

Tableau trop sombre, et qui donc s'auto détruit ? Pas si sûr qu'il soit trop sombre.

Plusieurs amis du collectif des 39 soulignaient que si ce vent qui se lève avec cette loi n'était pas bloqué avec détermination et pédagogie d'ici les prochaines élections nous serions pris dans un changement profond de civilisation où la technique dominerait définitivement l'humain.

Ma certitude intime est qu'une fois de plus les personnes qui souffrent trouveront l'énergie et l'imagination nécessaires pour sauver ce monde, leur monde, mais au prix de quelles souffrances !

Demain nous évoquerons la liberté à reconquérir.

[1] « Le Plan psychique », revue de l'UNAFAM, Un autre regard, n° 1 – 2011, et son site internet, 12 pages

25 Mai 2011

Quel avenir pour la psychiatrie : La reconquête de la liberté. Comment ?

Cette reconquête c'est retrouver la liberté de penser et d'agir en toute liberté. Nous le ferons en deux temps : d'abord des propositions concrètes, ensuite les idées qui les soutiennent

A - Comment, avec quels outils ?

La politique de secteur, qui a fait ses preuves, continue à être la source de nos inspirations. Ce n'est en rien un dogme, elle se base sur une idée forte de l'homme, de ses liens, de la société qui l'entoure ; elle cherche l'épanouissement de l'homme en situant son action à un carrefour de connaissances.

Son souci est d'impliquer l'ensemble des français en respectant la réalité de leurs liens lorsqu'ils ont comme objectif de construire une Cité, celle où ils vivent : ces liens sont essentiellement ceux d'une « citoyenneté » ; c'est là qu'ils puisent les ressources pour répondre à l'ensemble de leurs besoins ; ces espaces sont ceux où le citoyen joue un rôle actif, où il a le sentiment de participer à une interactivité qui le concerne et sur laquelle il peut avoir une influence concrète ; aussi parle-t-on de l'importance de secteur à taille humaine, d'espaces et de liens à l'échelle humaine ; cela se représente assez bien par les limites que lui impose l'utilisation de ses sens, en particulier vision, audition, toucher, et de sa motricité. L'expérience a montré qu'une population de 50 à 70.000 h. a une taille humaine sur le plan relationnel lorsqu'elle se rassemble autour d'une Cité, d'un quartier de grande ville, d'un regroupement de communes.

Nous devons d'abord nous opposer par tous les moyens à l'application même modeste de la nouvelle loi. Ce blocus sera utile pour préparer dans tout le pays l'élaboration d'une nouvelle politique de Santé Mentale à présenter le lendemain des élections de 2012.

Nous pouvons préparer l'idée d'un Plan Cadre comprenant d'une part plusieurs objectifs précis, et d'autre part un certain nombre de propositions générales dont il faut étudier l'application. Les propositions pour 2012 peuvent être ainsi présentées :

I. Six objectifs précis signeront la solidité de la nouvelle politique et doivent être décidés d'emblée pour se dérouler sur une période de 5 ans, commençant sans délai :

- 1) Une première décision immédiate sera le préalable : l'abrogation de la loi de juin 2011 sur l'obligation des soins, et aussi de tout plan psychique qui aurait pu être proposé entre juin 2011 et mai 2012.
- 2) La création au Ministère de la Santé d'une instance dite « Bureau de la Psychiatrie intégrant soins psychiatriques et Action sociale et médico-sociale ». Ce bureau serait chargé de continuer à veiller à la fois à faire évoluer la politique nationale psychiatrique en fonction de l'évolution de la société, et aussi à veiller à son application.
- 3) Le cadre spatial (localisation dans l'espace) des soins psychiques doit être impérativement recentré sur la Cité. Nous avons vu combien la localisation des soins éloignée du lieu de vie et leur concentration prouvent à l'opinion qu'il faut bannir et punir la folie. Il est indispensable que dans les 5 ans la totalité des équipes de secteur ait quitté les concentrations hospitalières psychiatriques et générales, et que pour chaque secteur soit construit en ville un immeuble modeste accueillant 20 lits, et ailleurs un à trois espaces de soins diversifiés ; ainsi les hôpitaux seront devenus inutiles. Dans les grandes agglomérations 2 à 3 secteurs pourraient avoir leurs lits dans un même immeuble, mais la proximité entre soins et lieu de vie doit être privilégiée, évitant de concentrer les espaces de soin.
- 4) Un vaste plan de formation clinique pour les catégories professionnelles (en raison de la dégradation récente due à la carence de l'université) doit être instauré sans délai pour permettre le développement des traitements « psychothérapeutiques », tout en respectant les différences professionnelles des soignants.
- 5) Un plan de création de logements de types variés doit être réalisé dans chaque secteur, en raison du besoin essentiel qu'il constitue pour un certain nombre de malades : la précarité est l'occasion de décompensations psychiques.
- 6) Un concours national d'architectes et d'urbanistes doit être lancé pour veiller dans les 5 ans à ce que chacun des 60 hôpitaux psychiatriques reconvertisse ses espaces et son terrain en « centre de rayonnement culturel et de formation multiple » (afin d'écarter toute velléité de les utiliser à des fins de réclusion ou à des fins commerciales). La pérennité de leur présence représente un danger alors que ce riche patrimoine doit être mis à la disposition de la société pour son épanouissement.

I. Le développement de la nouvelle politique de Santé Mentale doit intégrer simultanément un certain nombre de notions fortes et doit se donner des objectifs précis :

La notion de « secteur » en psychiatrie se centre sur la Cité représentant une racine forte pour l'homme, la Cité réunit des citoyens ayant une histoire, une économie, une vie sociale partagées, elle est donc une première référence, un attachement pour l'homme en souffrance psychique.

1. Veiller à réajuster les secteurs mal découpés (la division de petites villes afin que ces secteurs aient un morceau urbain associé à un morceau rural n'a aucun sens), chaque secteur doit se dessiner autour d'entités communales, cela redonnera à la notion de secteur la vraie valeur de référence pour que chaque patient se sente en mesure de développer ses liens.
2. Veiller à améliorer la distribution des moyens humains des équipes de secteur, autour d'une base minimale (un soignant pour 1000h, et un psychiatre pour 10.000h)

- 
3. Dans chaque secteur, veiller à ce qu'un 1/6ème de l'équipe soit attribué à la fonction de disponibilité 24/24h et d'écoute : nous savons par expérience que cette fonction dédramatise la survenue de tout symptôme, analyse toute demande de soin complexe, en répondant sans délai, et en élaborant le meilleur accès aux soins, c'est là que s'instaurent confiance et continuité (elle remplace avantageusement les grands centres d'urgence qui au contraire dramatisent, et sont facteurs de rupture de soins et d'interférences venant déformer le sens)
 4. Veiller à la formation permanente des soignants associant 4 pôles complémentaires : -les psychothérapies duelle et collective, -la famille et le lien social, -l'organique et le biologique, -la constante participation du corps et l'expression artistique
 5. Veiller à impliquer chaque secteur dans une activité de recherche travaillant au moins l'écart entre le but décidé et le résultat des soins réalisés par l'équipe
 6. Veiller à la continuité et l'articulation entre les soins et l'action sociale dans chaque secteur
 7. Enrichir chaque équipe de secteur de la participation quotidienne d'un médecin généraliste, rendant inutile le renfermement des services psychiatriques dans un hôpital général
 8. Veiller à l'instauration dans chaque équipe de temps d'échanges transdisciplinaires associant histoire, philosophie, sciences fondamentales, psychanalyse, arts, économie ; la réflexion sur des thèmes autour de folie, souffrance psychique, créativité, liens sociaux, interactions entre le Je et le Nous.

Un tel plan cadre n'est possible que si le sens de la politique de secteur est connu et partagé.

Si une pensée forte ne l'accompagne pas, elle n'est pas envisageable. Une fois que nous avons décidé de nous battre pour défendre et promouvoir la liberté des patients-usagers, nous devons nous interroger sur la détermination des soignants pour réaliser cette politique de secteur. Heure de vérité

Nous terminerons demain par cette dernière question : La liberté en psychiatrie pourquoi ?

26 Mai 2011

Quel avenir pour la psychiatrie : La reconquête de la liberté. Pourquoi ?

B - Pourquoi, avec qui?

Pouvons-nous conclure ? L'asile-prison ou la reconquête de la liberté ?

Ne rien faire devant ce projet de loi c'est clairement accepter le retour d'avant 1789.

Le retour des « Lettres de cachet ». Au nom du Roi-Président on vous enferme, ou on vous assigne à domicile, sauf si vous « avouez » votre faute (être malade) ! Du jamais vu ! Mais en 2011 il y a un degré de plus qu'au 18^{ème} siècle ; une fois que vous serez embastillé les médicaments à haute dose (aucun contrôle judiciaire ne pèse là) feront de vous un homme soumis (tant que vous les prenez !). Qui va avoir confiance dans les médicaments à partir de maintenant ? Ils n'ont pas compris qu'ils dévastaient tout ! Même leur propre officine. Les usagers vont-ils faire confiance aux médicaments, ou en avoir de plus en plus peur ?

Pourquoi vouloir reconquérir la liberté aujourd'hui ?

En psychiatrie la liberté serait la défense et l'illustration de la politique de secteur.

Qu'est ce qui différencie l'asile, de la politique de secteur ?

Le premier est fait de passivité et de soumission à l'autorité, mais jusqu'à « La lettre de cachet », tout de même !

Le second est la volonté de créer les conditions qui permettent de construire l'écoute et la solidarité des hommes.

C'est sur ce point que chacun choisit son camp, ses mots, ses alliés.

Soigner dans le cadre de la politique de secteur c'est refuser d'appliquer passivement des protocoles, c'est prendre des risques à tout moment pour que chaque patient se construise, c'est réévaluer en permanence ses besoins, repérer ses aspirations, c'est choisir la rencontre en accepter les surprises et l'incertitude.

Qui hésite encore ? Comment se fait-il que le gouvernement affirme que l'obligation des soins a l'appui des professionnels et des familles ?

Une seule association le soutient, l'UNAFAM, mais depuis février elle a perdu sa légitimité puisqu'elle a rompu avec la FNAPSY ; en effet elle ne peut se permettre de parler au nom des usagers. Les familles ont une souffrance mais elle est bien différente, seconde à celle des usagers ! Sans compter que le tiers d'entre eux est sans famille active. Enfin les usagers ne se cachent pas pour montrer leur différence de choix et d'élaboration avec leur famille, surtout lorsque par l'obligation de soin et le Plan Psychique elles dévoilent qu'elles veulent « maîtriser les malades toute leur vie durant » !

Par contre tous les syndicats (service public, libéral, université, infirmiers, psychologues) s'y opposent, tous, ainsi que la FNAPSY. Alors dévoilons le secret de polichinelle qui circule dans les couloirs du Ministère de la Santé, autour de cette loi sur l'obligation des soins : tout le monde connaît ce secret mais, comme dans l'histoire, l'intéressé (le Ministère) croit qu'on l'ignore. Cela vaut la peine de préciser au Ministère que tout le monde le voit. Ces professionnels de la psychiatrie qui soutiennent le Ministère existent en effet, ils sont moins d'une demi-douzaine, s'auto proclamant 'éminents'. Inutile de les nommer, tout le monde connaît leurs noms. C'est un secret de Polichinelle. Cependant ils ont de l'influence, ils hantent depuis 20 ans les couloirs du Ministère, ils ont leurs entrées et leurs habitudes. Mais leurs propos sont destructeurs car ils consolident le désir du gouvernement de faire des économies et une politique sécuritaire : leur bluff c'est d'affirmer que la psychiatrie de secteur n'a jamais marché, qu'elle ne produit rien de bien, les malades sont toujours malades avec elle, elle n'a donc aucune efficacité, elle coûte très cher, ils affirment qu'on peut soigner autrement comme dans la plupart des pays, avec les prescriptions médicamenteuses et comportementales, plus rapides, moins coûteuses (qui ose le dire quand on voit la richesse des laboratoires).

Ces 'éminents' collègues ne sont pas en mesure d'expliquer pourquoi en 2010 des délégations d'Obama, de la Chine, et en 2011 du Brésil, de l'Argentine veulent se former à la psychiatrie de secteur en pensant que c'est la meilleure.

Qu'en est-il ?

La psychiatrie de secteur s'est développée de façon inégale en France entre 1972 et 1990. A partir de 1990 elle a commencé à se dégrader parce que l'Etat ne l'a plus accompagnée mais a désigné les directeurs d'hôpitaux comme ayant mission de l'organiser alors qu'ils sont formés pour la gestion, mais incapables d'instiller la militance soignante, du coup ils ont redoublé de volonté de contrôle, ce qui a l'effet inverse. La même année la loi de 1990 sur l'internement en toilettant l'hospitalisation sous contrainte a rendu l'enfermement plus facile et a inversé la tendance à la diminution des internements : après avoir diminué depuis 1970, ils ne cessent de croître depuis 1990. Les directeurs n'ont pas eu la formation ni le désir d'enseigner aux psychiatres recrutés par le Ministère que la psychiatrie de secteur n'est pas une « machine » qui fonctionne toute seule, mais qu'elle



avait besoin d'être expliquée, d'être soutenue dans ses principes fondamentaux, et sa militance à transmettre. Parallèlement l'université a failli à sa mission et n'a pas formé les soignants à la psychothérapie. Nous voyons le résultat.

Comment un pays peut-il faire naître la militance, le désir de solidarité dans ses services publics essentiels ? Par l'obligation ou par la confiance ?

Avec la **politique de secteur** en effet chacun tire de sa propre énergie, de sa créativité, les paroles et les actes sur lesquels le malade va s'appuyer pour se construire : les soignants n'agissent pas sur ordre, ni sur prescription. Ils donnent simplement le meilleur d'eux-mêmes, et pour cela se servent de leurs tripes, et retravaillent tout avec leur collectif. La qualité et l'efficacité de la politique de secteur dépend donc de l'engagement de chaque soignant, des risques qu'il ose prendre et de son implication dans le « collectif de soin ».

Si les soignants de la politique de secteur sont passifs comme dans le projet d'obligation son efficacité sera nulle et les incidents multiples.

En fin de compte nous comprenons, cela se confirme là : nous savions que ce ne sont pas les murs qui soignent, ce n'est pas la politique qui soigne, mais ce n'est pas non plus « le secteur » qui soigne ! ce sont les hommes !

Des hommes motivés vont aider les malades à guérir ; l'absence de motivation annule tout.

Par contre la lettre de cachet et le gavage par les médicaments n'ont besoin d'aucune motivation.

Ces fantômes de cabinet vont gagner, sauf si nous dévoilons que leur connaissance n'est pas clinique, ils n'ont rien démontré, mais qu'elle est partisane, pour le pouvoir.

Seule la « **militance** » peut en décider, c'est elle qui soutient la motivation. La militance n'est pas un argument idéologique, c'est l'intérêt que chacun porte à l'homme, soutenu par ce que nous apporte l'évolution de nos connaissances.

Tout ceci s'inspire d'une réflexion ouverte autour de l'homme et de la folie, s'appuyant sur un certain nombre de données, de pratiques, de théories, à remettre constamment en débats.

Je voudrais retenir une minute de votre attention sur un fait banal, même s'il paraît loin de notre souci

Connaissez-vous un **spectacle plus merveilleux** que la contemplation des premiers échanges qui se déroulent entre un bébé et sa mère, en ce moment du début de la construction d'un esprit, dès la naissance ? N'est-il pas prodigieux d'assister à cette construction fantastique ? Les neurones qui relient les organes des sens au cerveau ne sont pas terminés à la naissance, ils ne terminent leur mise en place que progressivement sous la double influence de la programmation cellulaire qui soutient ce développement et de l'effet des stimulations de ce que le corps perçoit (vue, olfaction, goût, sons, toucher). Mais ce n'est pas tout. Cette construction se modèle peu à peu aussi sous l'effet des différents mouvements affectifs de la mère, vécus aussi par l'enfant, avec les interactions du père, et leurs propres interactions en retour. Les émotions d'emblée envahissantes qui les accompagnent fournissent le carburant.

Admirez ce que nous devinons, à la suite des informations des scientifiques et des psychanalystes, et dont nous voyons les effets : la connaissance de l'odeur du lait, de l'odeur de la mère, la recherche de cette odeur, le toucher, le contact du sein avec la bouche, puis les mains, les mouvements à tâtons ; l'odeur guide ; puis surtout survient l'embrasement des regards qui s'échangent, c'est comme si bébé et mère se dévoraient ; il est sûr qu'ils se nourrissent mutuellement du regard. Ces regards sont beaucoup plus forts que celui des amoureux se perdant dans l'infini de leurs illusions. Ici c'est bien avant cela : ces deux êtres « se construisent » en créant leur vie psychique. Ils regardent, enregistrent, comparent, réagissent, regardent. ... Les regards « accordent »



ensemble perceptions multiples (vue, odeur, goût, sons, toucher), mouvements les plus infimes du visage de la mère ; les modifications les plus subtiles de son contact sont captés par le bébé qui a sa façon à lui de vouloir, d'exiger, de réagir ; ces regards modèlent la construction des liaisons entre les neurones, intègrent tout par des répétitions avec de minimales différences. Tout ceci laisse des traces tant dans les neurones qui établissent des liens nouveaux dans leurs terminaisons intercellulaires, que dans la vie psychique et la mémoire. Les scientifiques ont précisé que la mémoire « inscrit » les événements en s'appuyant sur la mobilisation organique et psychique provoquée par les émotions (sans émotion : pas de mémoire). Ce qui n'est pas affirmé assez c'est que les mouvements affectifs de la mère et du bébé interviennent constamment dans cette construction psychique et sont inséparables des perceptions, des inscriptions neuronales et psychiques, confirmant la convergence des hypothèses freudiennes et neurophysiologiques sur la construction de l'esprit. Chaque première trace laissée par un échange est disponible, et peut aussi se modifier sous l'effet de nouvelles inscriptions.

Cette construction commençant au premier jour se continue intensément à chaque moment suivant, se consolide par les répétitions, se modifie avec les interactions, celles des acteurs entourant la mère et le père pendant les 5 premières années, les événements, puis se continue toute la vie. Prodigieux. Infini.

A remarquer que l'outil essentiel de cette construction est **le temps** (St Exupéry avait deviné), la répétition inlassable de l'expérience confirmant la voie privilégiée, les ajustements constants lors des déviations, la continuité de participation des mêmes acteurs, mère, père ; alors que l'interférence inattendue d'intervenants suppléants, d'événements peu cohérents entre eux peuvent rendre la construction de plus en plus difficile, les absences répétées ou durables laissent des traces vides, non réparables ; mais constamment la couleur de l'affect, amour - violence, entre les personnes modifie l'évolution.

Si nous nous intéressons maintenant aux troubles psychiques graves qui surviennent au fur et à mesure que l'on avance dans la vie, nous savons qu'ils ont certes des causes encore en grande partie méconnues, mais qu'elles sont toujours multiples, il n'y a jamais un seul paramètre, la biologie n'est jamais qu'un facteur parmi d'autres. Mais ce que nous devons comprendre c'est que de toute façon cela importe peu pour l'élaboration des traitements. L'élimination éventuelle d'un facteur causal nous oblige encore à nous interroger sur les réponses : celles-ci sont toujours la même : il s'agit de construire un fonctionnement psychique capable d'épanouir l'ensemble des potentialités de la personne. Nous sommes devant les mêmes questions évoquées, mises en place au début de la vie : à ce début il est évident qu'aucun médicament ne peut remplacer l'élaboration d'échanges physique et psychique, soutenu par l'affect et les émotions. Aucun médicament, aucune éducation 'forcée' ne peut remplacer ce travail de construction bio-psycho-psychique. Certes il est très différent de ce qui se passe au début de la vie ; mais il utilise les mêmes ingrédients, le **temps**, la **répétition**, les **émotions** et l'**affect d'amour** tout simplement indispensable.

Les médicaments, ici quant à eux, ont pour seul effet de calmer les dysfonctionnements physiologiques, mais n'ont aucune action sur les mécanismes de la construction psychique qui constituent l'intelligence et laissent chacun maître de faire ses choix entre différentes pensées et différentes actions, le maître mot ici étant la **liberté**.

L'obligation de soins est donc une double erreur : elle donne toute la place aux médicaments alors que leur effet est très limité, et elle interdit tout travail psychothérapique alors qu'il crée des liens entre des données éclatées, éparses, surtout elle détruit toute confiance, ce qui est le plus sûr barrage contre tout amour, donc contre toute vie créative.

L'exercice de la liberté est bien la seule possibilité pour l'homme de développer ses potentialités. Mais l'exercice de la liberté ne se décrète pas, cette liberté a besoin de l'amour de l'autre pour s'épanouir.

Décréter la psychiatrie de secteur n'entraîne pas sa réalisation ! L'obligation de soins est décidée et résolue en une simple loi. La psychiatrie de secteur à la conquête de la liberté a besoin de se conquérir chaque jour par la pensée et l'action de chacun et de son collectif.

Qui gagne, le Roi, ou l'homme ? En réalité, la dépendance, la vassalité sont notre état primitif, nous partons de là à notre naissance. Regardez le bébé : sans le regard de sa mère il ne peut savoir où bouger sa tête, se nourrir, marcher, conquérir le monde !

Se croient-ils si puissants, m'a rappelé un ami, ceux qui nous gouvernent, pour oublier cette voix toute simple ?

- *Qu'est-ce que signifie «apprivoiser»? dit le Petit prince. - - - C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie «créer des liens...»* (Le Petit Prince (1943) - Antoine de Saint-Exupéry)

combat

en ligne

13 JUIN 2005 / SOCIÉTÉ / SANTÉ PUBLIQUE

Quel avenir pour la psychiatrie ?

Paul Machto, psychiatre et psychanalyste, considère l'évolution du dispositif psychiatrique au cours des trente dernières années et formule des propositions pour une pratique humaine.

Je suis psychiatre des hôpitaux à temps partiel, psychiatre et psychanalyste dans le privé. Pendant longtemps j'ai eu une pratique essentiellement publique, à plein temps. Mes références théoriques sont la psychanalyse et son corollaire en institution, la psychothérapie institutionnelle. J'ai à la fois une pratique individuelle et une implication institutionnelle : j'apprécie le travail en collectif et les références à la psychothérapie institutionnelle sont pour moi assez importantes, même si pendant mes jeunes années de psychiatre - c'était alors la période antipsychiatrique - j'étais assez farouchement opposé à la psychothérapie institutionnelle puisque je trouvais qu'elle était plutôt un facteur de maintien du fonctionnement de l'asile ou de l'hôpital psychiatrique.

À cette époque-là et jusque dans les années 80, nous étions inscrits dans une double perspective, de fermeture de l'hôpital psychiatrique et de développement des structures alternatives extérieures. Je dis "nous" parce que je fais partie d'un syndicat de psychiatres qui s'appelait en 1977 le Syndicat de la psychiatrie - dont les fondements étaient semblables à ceux du Syndicat de la magistrature - et qui s'est transformé en 1986 en Union syndicale de la psychiatrie mais toujours dans les mêmes perspectives de dépassement de l'hôpital psychiatrique et de lutte contre ce qu'on appelle la logique asilaire.

J'ai fait également une formation de psychothérapie familiale avec Mony Elkaïm. Voilà tout ce avec quoi je jongle dans ma pratique : par exemple quand je suis avec des patients en train de faire la cuisine, il y a toujours une référence en arrière plan au transfert, à la psychanalyse ; d'où l'intérêt aussi pour la psychothérapie institutionnelle qui allie politique et pratiques cliniques.

Que pensez-vous de la suppression en 10 ans, en France, de plus de 40 % des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie ?

C'est quelque chose de très complexe. Nous avons milité pendant des années, depuis 1975, contre - on va dire ça comme ça - l'hôpital psychiatrique et un certain nombre d'expériences ont pu être réalisées - expériences qui ont duré, qui durent même toujours pour certaines d'entre elles -, par exemple des centres d'accueil et de crise, je pense notamment à Corbeil où un centre de crise avait été créé. C'était vraiment des alternatives à l'hôpital

psychiatrique et à une certaine époque on était contre le maintien des lits, donc tout ce qui pouvait aller vers une fermeture des lits allait dans notre sens, dans la mesure où il s'agissait quand même d'articuler cette fermeture avec des alternatives sur le secteur.

Autant on a pu se battre pour des fermetures de lits et pour le développement de l'extra-hospitalier, autant on peut dire que la question du dépassement de l'hôpital psychiatrique a été totalement récupérée, ou détournée, par les différents gouvernements qui se sont succédés, dans une perspective purement gestionnaire, comptable(1), et également par certains psychiatres qui ont prôné l'ouverture de services de psychiatrie en hôpital général, mais en ignorant totalement ce qu'il en est de la logique asilaire. La fermeture des lits telle qu'elle a été faite est catastrophique.

Une critique fondamentale de l'hospitalisation psychiatrique concerne sa dimension carcérale...

Au mot carcéral je préfère le mot enfermement, carcéral pour moi fait directement référence à la prison et même si on peut voir des tas de similitudes entre la prison et les pavillons fermés, ce sont deux choses différentes.

C'est vrai que c'est un réel problème et malgré le développement - à une certaine époque - de la dimension humaine de l'hospitalisation, malgré les progrès de la thérapeutique médicamenteuse, il n'y a pas eu grand changement par rapport à l'enfermement.

Dans les années 85 j'ai commencé à découvrir l'intérêt de la psychothérapie institutionnelle : si la vie quotidienne dans les pavillons était plus développée, si elle était plus prise en compte comme le définit Jean Oury dans ce qu'il théorise du côté de la psychothérapie institutionnelle (et avant lui Tosquelles), s'il y avait plus d'attention portée au collectif dans le cadre d'une hospitalisation, on aurait beaucoup moins recours à la fermeture des portes. À cela les tenants de l'enfermement vont dire : dans un pavillon il y a des gens qui sont en hospitalisation d'office (HO) ou sous demande d'un tiers (HDT) c'est-à-dire hospitalisés sous contrainte, donc il y a des risques d'"évasion" ; par conséquent il faut faire des pavillons fermés pour les gens qui sont sous contrainte et ainsi les gens qui sont en hospitalisation libre pourront aller et venir librement. Sauf que l'on peut craindre, si aucun travail institutionnel n'est fait, que l'on trouve toujours une occasion - un comportement inquiétant par exemple - pour enfermer quelqu'un qui est rentré en hospitalisation libre.

Il ne faut pas non plus brosser un tableau très noir, il y a quand même eu avec tout ce qui s'est passé dans les années 70-80 une attention portée à la dimension de l'enfermement. Mais maintenant on retrouve, avec tout un retour du médical dans le champ de la psychiatrie, des justifications très médicales de la nécessité d'enfermer...

Quelle appréciation portez-vous sur le développement des centres médico-psychologiques, des accueils ambulatoires ? Considérez-vous que ce sont des alternatives véritables à l'hospitalisation ?

Oui mais leur développement est insuffisant. Lucien Bonnafé, psychiatre fondateur du secteur décédé en 2003, disait « Des hommes, pas des murs ! ». La psychiatrie de secteur c'est d'abord des hommes. Il faut des gens et il faut du temps, il faut prendre le temps dans certaines situations.

Ici à Montfermeil on a réussi à mettre en place un certain nombre d'alternatives à des hospitalisations en voyant des patients 2, 3 fois par semaine avec les infirmiers en accueil, au centre de jour ou en visites à domicile. Il y a des hospitalisations qu'on avait réussi à éviter, mais ça se pratique peut-être moins, maintenant on a plus de difficultés...

En Seine-Saint-Denis en tous les cas, la psychiatrie de secteur s'est fortement développée ; il y a ce qu'on appelle les délocalisations d'un certain nombre d'unités de secteur sur le territoire des communes, cela va dans le bon sens. Mais je parle beaucoup de la région où je travaille et il y a des endroits en France où c'est vraiment le désert au niveau des structures alternatives à l'HP.

Cela dit l'épreuve de la réalité montre que l'on ne peut pas toujours éviter une hospitalisation. Hospitalisation cela peut s'entendre comme séjour dans un lieu de crise. L'expérience montre que pour certaines personnes, certains patients, à certains moments de leur itinéraire, il y a nécessité d'être dans un cadre 24 h sur 24 avec des soignants, avec des gens. Il y a nécessité d'un lieu où être à l'abri, on retrouve là le mot asile dans son acception étymologique. C'est une vue peut-être trop utopique d'imaginer qu'avec les alternatives, c'est-à-dire les centres d'accueil à la journée, les CMP, etc on peut venir à bout de toute hospitalisation.

Insuffisance de moyens et développement des formes de prise en charge les plus superficielles coïncident. Ces deux dimensions de la crise de la psychiatrie ne sont-elles pas étroitement liées ? Par exemple ne faudrait-il pas beaucoup plus de moyens pour qu'existe une psychiatrie extra-hospitalière qui soit à la fois suffisamment développée et à dimension humaine ?

On pourrait dire de façon très lapidaire que le déclin de la psychiatrie de secteur - le déclin en termes de moyens budgétaires - a commencé au moment de son officialisation. Une date, 1985 : c'est la légalisation du secteur, le secteur psychiatrique devient dans la loi la forme de prise en charge officielle des troubles mentaux. Auparavant le secteur reposait uniquement sur deux circulaires (1960 et 1972), ce qui n'a pas empêché beaucoup de services, à partir de 1972 d'être pionniers sur ce plan. Donc en 1985 c'est la légalisation du secteur et en même temps la budgétisation globale, c'est-à-dire l'unification du budget intra et extra hospitalier, ce qui en soi est une très bonne chose. Mais 1985 marque aussi le début de la crise, comme on dit, la rigueur, la logique économique qui commence à s'abattre dans tous les domaines du champ économique et social. Donc au moment où on donne - enfin - les moyens à la psychiatrie de secteur, commence parallèlement la politique de réduction des moyens, à l'époque on appelait ça la « *rationalisation des choix budgétaires* ». La psychiatrie étant toujours le parent pauvre et - il faut bien le dire - les fous ceux dont on s'occupe en dernier, elle a donc beaucoup pâti de ce problème économique.

Et parallèlement, dans le champ idéologique, on va dire ça comme ça, il y a eu l'irruption de la biologie et des neurosciences, très très forte. Nous avons créé une association qui s'appelle Pratiques de la folie(2), notre premier congrès à Paris en 1993 s'appelait "Mécomptes de la folie" et c'était l'époque où Jean-Pierre Changeux, neurobiologiste bien connu, était président du Comité d'éthique. On était déjà depuis quelques années dans le combat des neurosciences contre la psychanalyse, avec conjointement le développement du comportementalisme et la très forte médicalisation de la psychiatrie avec l'irruption des médicaments.

Bernard Odier, psychiatre des hôpitaux, a écrit en 2004 un article remarquable "La psychiatrie à l'épreuve du scientisme"(3) sur les psychiatres qui veulent singer la médecine... C'est exactement ce que vous évoquez : les prises en charge les plus superficielles, une approche de plus en plus médicalisante, une application du modèle médical à la psychiatrie et tout cela s'est développé à partir de la fin des années 80.

Donc il y a effectivement ces deux mouvements très forts, mais moi j'appelle ça plutôt la volonté de remédicalisation de la psychiatrie. Cela s'appuyait aussi en même temps sur ce qui se mettait concrètement en place avec la suppression de l'internat en psychiatrie, avec un internat pour tous, et en 1992 la suppression du diplôme d'infirmier psychiatrique, formation spécifique en psychiatrie. Les élèves infirmiers ont désormais 2 mois, sur 3 ans, de formation en psychiatrie et l'enseignement se fait sur le modèle médical. Parallèlement à cela on a vu des diminutions de postes, des postes non-remplacés, là je parle surtout par rapport aux infirmiers, mais il y a eu également le numerus clausus pour la formation des internes.

Il est bien évident qu'il faudrait plus de moyens, au début de la psychiatrie de secteur on pensait que la psychiatrie extrahospitalière allait coûter moins cher, mais c'était une illusion. Le plateau technique en médecine coûte extrêmement cher, pour quelles raisons en psychiatrie on ne pourrait pas avoir un budget, des moyens comparables à ce que l'on trouve en médecine, en chirurgie ou en obstétrique, même si le service public a beaucoup pâti aussi de ce côté-là. Mais il faut surtout des gens formés et qui puissent continuer à se former. C'est indissociable : la question de la formation initiale pour les médecins et les infirmiers, une formation spécifique, mais aussi une formation continue de qualité.

Mais n'oublions pas de nous poser une question qui me tient beaucoup à cœur : des moyens pour quel type de soins ? Cela n'est pas sans lien avec le positionnement de la CFDT des années 1970-1972, à savoir allier la question strictement syndicaliste (les moyens, les effectifs etc) avec la question de la qualité du travail produit : quel type de travail, quel type de production peut-on faire ? Ce n'est pas parce qu'il y aura plus de postes qu'il y aura nécessairement une pratique humaine, une attention portée au patient(4), que le patient sera pris en compte en tant que sujet, en tant que citoyen.

Vous reliez l'aggravation de la situation de la psychiatrie à la violence sociale. Dans votre article, vous faites référence « à la précarisation, à la pauvreté du Politique, à l'idéologie sécuritaire qui tient lieu de pensée, au triomphe de l'individualisme et à la dureté du libéralisme économique ». À ce niveau quelle est votre analyse politique ?

Les conditions d'existence des gens, les conditions de travail, la pressurisation des salariés, tout ce qui se passe dans les entreprises ne sont pas sans conséquences. Dans mon cabinet combien de gens que je reçois, qui craquent - et parfois gravement - par rapport à des histoires professionnelles et qui sont pris dans des logiques individualistes ; il y a des patients à qui je dis : mais vous n'avez pas un syndicat dans votre entreprise ?

Et sur ce plan tout ce qui s'est construit sur le plan psy, c'est le concept de harcèlement moral, avec lequel Marie-France Hirigoyen a fait un tabac, vendant des centaines de milliers de bouquins. Dans les sociétés actuelles, tout est organisé - cela ne signifie pas qu'il y a un grand Organisateur - pour ramener tous les problèmes à l'individu.

Je ne suis pas en train de faire des liens de causalité entre l'organisation sociale et la folie ou les décompensations psychiatriques mais cela y contribue : les troubles psychiques sont totalement indissociables de ce qui se passe dans le monde et de l'organisation de la société.

Face à la mise en question du lien social, la réponse est maintenant de mettre en place, pour n'importe quoi, des accueils psychologiques, des cellules d'aide psychologique. On voit à quel point le psychologisme envahit tout, les magazines, la télé, où sans cesse on dit « Il faut aller en parler »... C'est très complexe parce que cela peut être tout à fait justifié, j'ai reçu ici des personnes qui venaient suite à des conflits de travail, avec un chef ou un collègue et cela peut ouvrir sur un travail tout à fait important à orientation psychanalytique. Mais il y a à inventer de nouvelles formes collectives d'approche des questions de relation entre les êtres humains, dans le milieu du travail, dans le couple, dans la famille... Ne pas tout ramener à des consultations.

Oui... la question était : quelle est votre analyse politique ?

Oui, j'ai surtout parlé en tant que psy ! Dans le projet de prévention de la délinquance, il y a un chapitre sur les malades mentaux, qui sont désignés comme potentiellement délinquants, avec la création d'un fichier national et pas uniquement pour les gens qui seraient internés mais pour toute hospitalisation en psychiatrie, y compris en hospitalisation libre : il s'agit là d'une logique sécuritaire absolument effrayante mais bon voilà le discours sécuritaire est censé rassurer... Ce qui est vraiment clair dans le gouvernement actuel, ce qui est assez terrible mais en même temps très malin, c'est ce discours qui utilise des mots pour désigner le contraire de ce qu'ils signifient, comme par exemple la réforme pour mettre en place la contre - réforme, la réforme réactionnaire, ou comme le progrès, la responsabilisation des gens. Un exemple concret : la carte vitale. On a dit aux gens : il faut maîtriser les dépenses de santé, donc il faut que vous soyez responsable par rapport à ce problème et en même temps cela provoque une déresponsabilisation totale du patient ; avant le patient avait sa feuille de soin, maintenant c'est le médecin qui prend en charge tout le processus de remboursement et en pharmacie très souvent les gens ne payent pas leurs médicaments, ils donnent leur carte vitale, ils ne savent même plus combien l'ordonnance coûte.

Et puisque nous parlons de médicaments, comment ne pas mentionner les énormes profits faits par les laboratoires pharmaceutiques. Le prix de certains nouveaux neuroleptiques est ahurissant : une boîte coûte 80 ou 90 ! Et en prime ils les ont reformulés en les appelant « antipsychotiques », ce qui n'est pas sans poser

question : se définir antipsychotique, quand on sait que les patients sont étiquetés psychotiques, leur donner un antipsychotique, c'est quand même très particulier...

J'aimerais juste revenir sur un point : vous dites à un certain moment que vous ne faites pas de corrélations causales. Je voudrais que cela soit bien clair parce que nous, de notre côté, on les fait : développement conjoint de l'individualisme et de processus tendant à l'uniformisation du sujet, de nombreux éléments du fonctionnement social ont une dimension pathogène, pour parler comme un psychiatre.

Ce que j'ai voulu dire c'est qu'il n'y a pas une cause unique. Qu'il y ait des conditions pathogènes de la société, de l'organisation sociale ou sociopolitique ou économique, là je suis d'accord. Pour l'antipsychiatrie des années 70, c'était la société qui rendait fou. Je suis sorti de cette époque-là. Que le social crée des conditions pathogènes, évidemment mais en même temps cela s'inscrit toujours dans une histoire individuelle, chacun est confronté aux mêmes conditions pathogènes mais ne fait pas forcément une décompensation...

Souvent présenté comme un progrès, l'établissement de procédures et finalement de toute une bureaucratie de gestion de la psychiatrie pose pour vous gravement problème.

Il y a quelque chose qui envahit le champ de la santé, cela en devient caricatural, qui s'appelle les procédures d'accréditation, d'habilitation et de mise en norme, d'uniformisation du fonctionnement des institutions. En même temps c'est quelque chose qui concerne bien d'autres champs de l'organisation du travail, qui se généralise. Il y a là toute une logique totalitaire - même si le mot est un peu fort - qui est à l'œuvre, dans le sens du contrôle des comportements, du côté de la mise aux normes, de l'uniformisation.

Les procédures dans le champ des hôpitaux, cela devient totalement fou... Nous sommes envahis de procédures à respecter, il faut sans cesse se battre contre. On peut par exemple arriver dans telle ou telle unité à refuser de remplir la fiche patient mais si ça se trouve, à notre insu, elle sera quand même remplie, par quelqu'un d'autre qui connaît le patient !

À l'hôpital psychiatrique d'Uzès - entre autres - ils ont expérimenté le PMSI, Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information : cela consiste à rentrer en fiches tous les actes, par le biais des RIS (Recueil d'Information Standard).

Le PMSI s'inscrivait dans une logique économique, l'objectif était de pouvoir arriver à repérer le coût de telle ou telle pathologie, une dépression étant « traitée » comme une appendicite : cela va demander tant de médicaments, tel traitement, telle durée de séjour et tel nombre de consultations. Et les soignants devaient consacrer un temps énorme pour remplir ces fiches, certains les ramenaient chez eux car, il ne faudrait pas l'oublier, voir les patients ça prend aussi du temps...

Sans parler de tous les processus d'évaluation et d'auto-évaluation : pour l'accréditation de l'hôpital de Ville Evrard, il aura fallu trois ans de travail pour préparer la visite des experts, avec un nombre de réunions très important.

Peut-on dire selon vous que cela va dans le sens de l'accroissement d'une logique de contrôle ?

Oui, complètement. Parce qu'il s'agit du contrôle des comportements des soignants et que cela a indéniablement des effets de savoir que dans tel cas il faut faire comme ci ou comme ça ...

Pensez-vous que cette volonté de contrôle sort du domaine purement économique-gestionnaire jusqu'à atteindre une dimension de contrôle du travail thérapeutique lui-même ?

C'est évident. Cela remonte aux premières conférences de consensus sur les soins, cela a quand même une incidence au niveau du contrôle du type de soins à donner, on est bien loin des questions de logique économique. En faisant un peu de fiction, on pourrait craindre, si les choses continuent comme cela, que si vous prescrivez un tranquillisant et un neuroleptique à quelqu'un qui est déprimé alors que dans les conférences de consensus on vous dit qu'il ne faut pas associer de neuroleptique ou de tranquillisant avec les antidépresseurs, il y ait une sanction, que vous ayez un avertissement...

Écouter Douste-Blazy parler des « bonnes pratiques »(5), c'était effrayant... Mais qu'est-ce que c'est, une bonne pratique ? On va vers la déshumanisation totale, on n'a plus affaire à un individu en face de nous, vis-à-vis duquel on bricole, mais à une pathologie qui demande l'application de tel traitement. Et cela pourrait tout à fait se retrouver dans les techniques de soins institutionnelles.

Dans la formation des infirmiers, ils ont appliqué à la psychiatrie ce qui se fait en médecine, les transmissions ciblées : il y a un certain nombre de signes et une langue pour parler de tel ou tel comportement ou signe. Les objectifs sont ainsi définis : gain de temps, gommer la subjectivité, supprimer tout narratif dans le dossier du patient ! On pourrait dire « Oh mais c'est juste pour le dossier du patient », mais si on forme les infirmiers avec ce type de références - ce que j'appelle moi une nov'langue - cela va forcément avoir une implication sur la pensée des acteurs.

Comment les apports de la psychanalyse sont-ils combattus ?

Que quelqu'un acquière une certaine liberté par rapport à son histoire, qu'il devienne acteur et responsable de sa vie, qu'il puisse avoir prise sur son devenir, telle est la visée de la psychanalyse.

Elle a d'ailleurs toujours été combattue dans les régimes totalitaires, parce qu'elle est un formidable instrument de liberté ou de libération de l'individu. Dans le rapport de l'INSERM sur les psychothérapies, il est dit que les techniques comportementalistes, biologistes sont beaucoup plus efficaces pour soigner les gens : c'est une attaque directe de la psychanalyse. Mais les techniques comportementalistes, ce sont des techniques de conditionnement, d'adaptation, pas des techniques de libération de l'individu.

Quel sens cela a-t-il de classer les psychothérapies selon leur prétendu degré d'efficacité ? Dans quel registre cette efficacité se révèle-t-elle principalement ? Ne serait-ce pas dans celui de l'adaptation des individus au mode d'organisation socio-économique en cours ?

Dans ce contexte, ce qu'on a mis en place avec l'association Pratiques de la folie, que j'ai mentionnée un peu plus haut, c'est un espace où se rencontrent philosophes, sociologues, artistes, chercheurs, psychanalystes, psychiatres, éducateurs, etc... C'est un lieu de confrontation et d'interrogation des pratiques de la folie.

...avec éventuellement des patients, des ex-patients ?

L'association est ouverte à tout le monde, donc par définition quelqu'un peut y intervenir en tant que patient, par exemple quelqu'un de la FNAP-Psy(6) ou d'une autre association de patients, pourquoi pas ? Nous on vient du Syndicat de la psychiatrie et pour certains du champ de l'antipsychiatrie. En 78 on se posait la question concrètement et à certaines de nos AG venaient des patients. C'était l'époque du GIA, des collectifs contre l'internement, c'était l'époque des grandes confrontations militantes même si c'était parfois un peu dur...

Combien de patients ou d'ex-patients ont-ils participé aux Etats Généraux de la psychiatrie de juin 2003 à Montpellier ? Il faudrait vérifier mais de toute façon un nombre très réduit. Je pense qu'il y avait des gens de la FNAP-Psy. D'ailleurs la présidente de la FNAP-Psy, Claude Finkelstein, est assez souvent invitée à des congrès où il y a essentiellement des soignants...

Mais est-ce que la FNAP-Psy ce n'est pas un peu l'arbre qui cache la forêt ? Combien de patients ou d'ex-patients cela réunit par rapport à leur nombre total ?

Oui, mais là on tombe dans la difficulté pour des personnes qui ont des troubles psychiques sérieux de s'organiser ou de participer à une association.

Et cela me fait revenir à ma pratique : au centre de jour on a créé une association, Champ libre. À l'origine, en 82, elle était conçue comme un outil de gestion pour faire fonctionner le centre de jour mais depuis 86 les patients y sont entrés et maintenant elle fonctionne sur un mode paritaire. Et au centre de jour lui-même on débat, chaque journée s'inaugure par une réunion - c'est aussi le mode de fonctionnement des clubs thérapeutiques - la discussion est libre, ouverte. Il y a eu des réunions consacrées aux conditions d'hospitalisation dans le pavillon de notre service, les gens disaient par exemple « On ne peut pas prendre sa

douche quand on veut, on s'ennuie, on tourne en rond ». Évidemment ce n'est pas le même niveau, ni le même mode organisationnel qu'une association qui intervient au niveau politique, mais c'est un état d'esprit, celui de travailler à un niveau micromoléculaire, au quotidien, à un niveau, comment dire, infra-politique, mais faire cela c'est de la politique aussi.

Que pensez-vous du plan "Psychiatrie et santé mentale 2005-2008" ?

La question de la formation des infirmiers me semble centrale. Le plan prévoit une sorte de tutorat pour les jeunes infirmiers débutant en service de psychiatrie : c'est se moquer du monde, il faut absolument rétablir une formation spécifique ou une spécialisation d'un an ou de deux ans minimum pour les infirmiers en psychiatrie. Quand on pense que des infirmiers qui n'ont fait que deux mois de formation en psychiatrie se retrouvent dans un pavillon avec des psychotiques... C'est envoyer les gens au casse-pipe. Quant au nombre de postes d'interne en psychiatrie, il passe de 245 à 300, alors que 800 postes sont vacants.

On a commencé par débloquer 200 000 euros pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation, c'est la ligne de l'immobilier. Ce n'est pas du tout pour créer des structures extrahospitalières : le seul exemple donné, c'est d'assurer des conditions dignes pour les chambres d'isolement...

Vu la logique sécuritaire dans laquelle baigne ce gouvernement, on peut craindre que les fonds aillent d'abord à la création d'unités pour malades dangereux ou pour malades difficiles, avec le fait qu'il faudra, pour ces unités-là, prélever du personnel dans les autres structures. C'est déjà ce qui se passe quand, avec la logique hospitalo-centrée toujours très présente, on rapatrie des infirmiers qui sont sur le secteur pour faire fonctionner les pavillons hospitaliers... Par ailleurs le moratoire sur les suppressions de lits va avoir pour conséquence de renforcer l'hospitalocentrisme. Cette histoire de la fermeture des lits est un faux problème : que des moyens supplémentaires soient accordés pour mettre en place et faire fonctionner sur le secteur toutes les alternatives possibles à l'hôpital !

Paul Machto, 13 juin 2005

Entretien réalisé par Jean-Luc Guilhem, Combat en ligne

(1) Sur ce thème de l'évolution de la psychiatrie en France ces trente dernières années, lire également les deux articles de Paul Machto : "Psychiatrie, l'asile est de retour", in *Libération*, 26 janvier 2005 et "La psychiatrie violente", sur les sites www.oedipe.org/ et www.psychanalyse-in-situ.fr

(2) L'association Pratiques de la Folie, créée par l'Union Syndicale de la Psychiatrie en 1992, réunit depuis, des « praticiens de la folie », des psy. mais aussi des philosophes, sociologues, lors de séminaires mensuels et d'un colloque annuel. Pratiques de la folie propose une réflexion et anime un débat public sur les enjeux des pratiques que suscite la folie dans notre société, à partir de la conviction que la folie n'est pas une question close, quelles que soient les promesses ambiguës de la modernité.

Pratiques de la folie 1 avenue Aristide Briand, 91200 Athis-Mons.

Tel : 01 69 38 18 12. Fax : 01 69 57 00 90 . www.pratiques-folie.com

(3) In *Information Psychiatrique* n° 7, septembre 2004.

(4) Souligné par nous.

(5) Nous renvoyons le lecteur au texte du Plan : AXE 3, 3.1, Favoriser les bonnes pratiques, p.54-56.

(6) Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-Patients « Psy » :

<http://www.fnappsy.org/>

Représentant 4 500 usagers, la Fnap-Psy agit depuis 1992 pour faire changer le regard de chacun sur ce qui est appelé "la maladie mentale". Le 22 mars 2005, elle a signé la Charte nationale pour les personnes en psychothérapie, cette signature s'inscrivant dans la continuité d'une action quotidienne pour faire reconnaître l'usager comme une personne à part entière, citoyenne et participant activement aux décisions la concernant.

(Source : *Revue de la Folie Ordinaire*, Premier trimestre 2005. 24 rue de Maubeuge 75009 Paris - tél. 01 45 26 08 37.

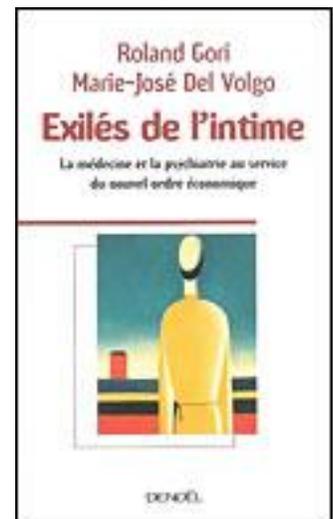
Suggestions de lecture

EXILÉS DE L'INTIME : LA MÉDECINE ET LA PSYCHIATRIE AU SERVICE DU NOUVEL ORDRE ÉCONOMIQUE

Auteur : Roland Gori; Marie-José Del Volgo - Edition Denoël - Année 2008

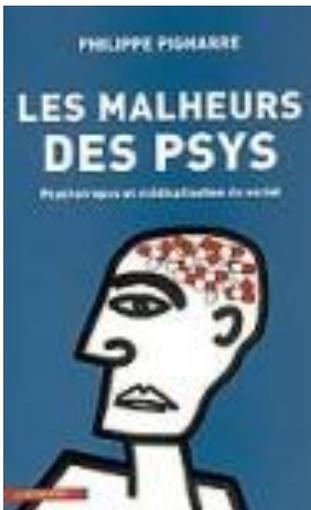
La liberté du patient semble aujourd'hui une priorité pour les médecins et les psychiatres. Et pourtant, au nom de l'expertise scientifique et de la gestion rationnelle de la vie quotidienne, jamais on n'a soumis l'individu à autant de contrôles, jamais on n'a gardé autant de traces et d'archives des comportements privés, jamais les pratiques médicales n'ont à un tel point perdu le souci du malade. La notion de « santé mentale » véhicule désormais un nouvel état d'esprit, visant à réduire les « anomalies » du comportement dès le plus jeune âge, puis à quadriller les populations en croisant les nouvelles données neurobiologiques, économiques et génétiques. D'où vient ce modèle de société qui s'installe sournoisement sous nos yeux ?

Roland Gori et Marie-José Del Volgo éclairent de nombreux dossiers de la médecine contemporaine : depuis la nouvelle gestion des hôpitaux jusqu'à la diffusion massive du Viagra, en passant par les simulacres actuels de l'information et du consentement. Et montrent la nouvelle alliance de la médecine et de l'économie, en train de construire un homme « neuroéconomique ». - 4^e de couverture - (date de publication : février 2008)



LES MALHEURS DES PSYS : PSYCHOTROPES ET MÉDICALISATION DU SOCIAL

Auteur : Philippe Pignarre - Edition La Découverte - Année 2006



Depuis le début des années 2000, le « monde des psys » est en crise, particulièrement en France. D'un côté, la psychanalyse est contestée ou réduite à une référence ennuyeuse et répétitive. De l'autre, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont le vent en poupe, inspirant deux inquiétantes études de l'Inserm consacrées aux « troubles mentaux » et aux « troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent ». Renouant avec des théories du XIXe siècle tout en instrumentalisant les derniers résultats des neurosciences, leurs auteurs proposent une médicalisation des problèmes sociaux : ne pas trouver un emploi, participer à des émeutes en banlieue, ce serait d'abord la manifestation d'un trouble mental...

Pour contrer cette double dérive, pour inventer collectivement de nouvelles formes de prise en charge de la souffrance psychique, explique Philippe Pignarre dans ce livre, il faut se détourner des théories figées. Et s'intéresser aux mécanismes et aux objets qui, en partie à l'insu des thérapeutes, proposent aux patients de nouvelles manières de vivre. Il montre ainsi que les médicaments psychotropes, devenus incontournables, ont joué un rôle central dans ces évolutions, contribuant à construire une nouvelle « cité psy », alors que l'ancienne est en ruines. Une cité qui n'est pas sans dangers, comme le prouve la critique serrée faite ici des deux rapports de l'Inserm.

C'est une conviction forte qu'entend affirmer Philippe Pignarre : on ne sortira pas de ces impasses sans comprendre les causes profondes qui y ont conduit. (- 4^e de couverture -)