



PSY



FÉDÉRATION SUD SANTÉ SOCIAUX

70 rue Philippe de Girard 75018 PARIS

Tél. : 01 40 33 85 00

contact@sudsantesociaux.org

www.sudsantesociaux.org

 @SudSanteSociaux

 @FedeSudSanteSociaux

 @SudSanteSociaux

 @SUD2022

Création couverture : © www.creation-utilite-publique.fr

© photos : Steve Debenport ; annedde ; Igor Alecsander - istockphoto.com

PSY

Pourquoi une commission des soins psychiques SUD ?	1
<i>L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE</i>	3
Qu'est ce que la psychiatrie pour SUD ? _____	3
Processus historique _____	4
Psychiatrie publique de secteur _____	8
Organisation de la psychiatrie en France _____	9
Financement de la psychiatrie _____	12
<i>DE LA FOLIE À LA SANTÉ MENTALE : QUID DU SOIN PSYCHIQUE ?</i>	17
Santé mentale, de quoi parle-t-on ? _____	17
Qu'est-ce qu'un soin psychique ? _____	19
Des discours sécuritaires instrumentalisent la psychiatrie _____	21
<i>DE L'INJONCTION SÉCURITAIRE AUX DROITS DES PATIENT·ES</i>	21
Irresponsabilité pénale _____	22
Défense des droits des patient·es _____	25
<i>LES LUTTES MENÉES ET CELLES À MENER</i>	31
La psychiatrie, terrain de luttes sociales et progressistes _____	31
Pluralité des prises en charge, lutte contre les positions hégémoniques _____	33
Des luttes emblématiques ces dernières années _____	36
<i>CONCLUSION LA PSYCHIATRIE DEVANT NOUS</i>	41

POURQUOI UNE COMMISSION DES SOINS PSYCHIQUES SUD SANTÉ SOCIAUX ?

Défendre des soins relationnels de qualité pour les personnes atteintes de troubles psychiques, c'est se battre autant pour les personnes souffrantes, leurs proches, que pour les professionnel·les de santé engagé·es à leur côté : c'est contribuer à notre projet de transformation sociale.

Partagée entre son souci du soin et les exigences sécuritaires imposées par les gouvernements successifs, écrasée par la pression budgétaire, confrontée à des délais d'attente qui explosent, au virage ambulatoire pervers, au manque de lits d'hospitalisation, à l'insuffisance de structures d'hébergement adaptées, la psychiatrie souffre.

ET NOUS, SOIGNANT·ES, AVONS NOTRE MOT À DIRE !

Présentation

La **Fédération SUD santé sociaux** qui rassemble des professionnel·les du champ sanitaire, social et médico-social, s'est dotée d'une commission psychiatrie renommée récemment « commission des soins psychiques ». Elle contribue à la réflexion sur l'évolution des soins psychiques au sein de notre société. Le contexte d'austérité et de productivisme exacerbé augmente les discriminations et l'exclusion (fermetures des institutions de soins, délais exagérément longs pour obtenir un rendez-vous un lieu de vie adapté..., souffrance dans le monde du travail, etc).

Nous prenons toute notre place dans la réflexion et les combats actuels en faveur d'une psychiatrie humaniste : défense de la psychiatrie

publique de secteur, des droits des patient-es (limitation des soins sans consentement, limitation du recours à l'enfermement, à l'isolement, abolition de la contention, entre autres), opposition aux fermetures de lits et services, au triage des enfants en pédopsychiatrie et dans le médico-social, à l'hégémonie des lobbies d'une psychiatrie biomédicale et scientiste*, à la marchandisation des soins et autres maux modernes.

Nous agissons pour améliorer le financement et les soins en psychiatrie. Au sein des collectifs comme le Printemps de la Psychiatrie, par des assemblées générales ou des mobilisations, nous participons aux actions les plus unitaires possibles, locales ou nationales. Afin de satisfaire les besoins de la population et faire progresser l'émancipation des personnes atteintes de troubles mentaux ou de maladies psychiatriques, il est indispensable de lutter pour la transformation de la société.

** Pour SUD, la psychiatrie biomédicale se concentre sur les hypothèses neurologiques et génétiques comme causes des maladies mentales. La psychiatrie scientiste affirme de manière abusive que la folie et la maladie mentale sont objectivables par les études médicales scientifiques, ce qui sous-entend à tort une vérité scientifique consensuelle. Or cette affirmation est pour le moment non fondée et reste une promesse qui se base uniquement sur des pistes de recherches. La psychiatrie biomédicale et scientiste vise à exclure les causes sociales et économiques de la maladie mentale, en voulant la cantonner à une problématique uniquement individuelle relevant du seul domaine d'une spécialité médicale.*

L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE

C'EST QUOI LA PSYCHIATRIE POUR SUD ?

La souffrance psychique nous renvoie à notre humanité, nos cultures, nos singularités. Elle se situe aux croisements de l'individu, de l'intime, de l'inconscient, de nos organisations sociales, de la loi et du judiciaire, de la norme, de l'économie et de la politique, du médical et de la santé, des sciences humaines dans leur acception la plus large possible. Cette complexité impose une multiplicité des approches et des institutions pour tenter de répondre au mieux aux personnes souffrantes.

Quels que soient les symptômes, les expressions de la souffrance, quelles que soient les inadaptations et les comportements jugés hors des normes des sociétés, c'est à l'ensemble de la psychiatrie de s'adapter pour tenter d'accompagner, de soigner et de soulager au mieux les personnes. La psychiatrie doit aussi s'engager dans les luttes pour transformer en profondeur les processus sociétaux qui participent à la souffrance psychique et morale, à l'apparition de troubles ou à leur aggravation.

La psychiatrie ne peut en aucun cas être considérée uniquement comme une discipline médicale. C'est pourtant une vision largement répandue depuis des années. Un courant conceptuel vise à faire de la psychiatrie une spécialité médicale comme les autres, focalisée sur les sciences de la biologie et de la physiologie.

Or malgré toutes les promesses et toutes les affirmations, on ne peut faire reposer les soins psychiques sur les seuls modèles physiologiques, neurologiques ou génétiques.

Contre cette vision restrictive et déshumanisante, et contre les effets qu'elle produit (marginalisation, enfermement, stigmatisation, aliénation), SUD prône une psychiatrie plurielle, humble, se construisant en référence à toutes les sciences et connaissances humaines, intégrant les données de la médecine et de la recherche, mais sans doctrine imposée.

Une psychiatrie émancipatrice, transformatrice, autocritique est une psychiatrie du lien et de la confiance, de l'alliance thérapeutique et de la liberté, de l'écoute et du dialogue. Cette psychiatrie doit intégrer les patient-es et leurs proches, première-es concerné-es.

PROCESSUS HISTORIQUE

La place des « fous » dans la société est aussi ancienne que l'histoire de l'humanité. Essayons de percevoir les processus qui ont eu lieu en France et qui ont abouti à l'organisation des soins psychiatriques d'aujourd'hui.

La révolution française de 1789

Avant la Révolution, la question de la folie est gérée comme les autres comportements considérés comme déviants et perturbateurs de la société. Il n'y a pas de distinction entre insensés, mendiants, vagabonds, criminels. L'administration de la folie dans l'Ancien Régime consistait en l'enfermement par ordre de justice ou par ordre du Roi dans des

congrégations religieuses, prisons d'Etat, Hôpitaux généraux et pensions laïques.

La suppression de la monarchie absolue a rendu impossible de légitimer les pratiques politiques et répressives d'enfermement. Il fallait un changement de regard sur la folie.

C'est l'émergence et le triomphe de la médicalisation de la folie qui a permis de relégitimer l'enfermement des fous. Avec le pouvoir médical s'est construit le discours sur le soin psychique (bien plus acceptable socialement) en lieu et place d'un discours répressif et sécuritaire.

Evolution vers l'asile au XIXème siècle

Au cours du XIXème siècle, les évolutions de l'administration de la folie ont abouti à la mise en place des asiles. Le système asilaire est mis en place entre autres par Pinel et Esquirol. C'est loin d'être l'émergence d'un système nouveau, libérant les fous de leurs chaînes. Au contraire il crée un nouvel espace hospitalier isolé du monde extérieur, un espace social ordonné, hiérarchisé et entièrement contrôlable. Forme de tutelle non pas absolue mais qui prend fin quand l'insensé-e retrouve son autonomie rationnelle et peut revenir dans la société.

Pour Michel Foucault, le contrôle exercé sur les déviant-es oscille entre exclusion et quadrillage disciplinaire. L'asile synthétise les deux. C'est un lieu de ségrégation mais également de redressement.

Les aliénistes ont donc permis à d'anciennes structures de se perpétuer en se métamorphosant. L'aliénisme a permis de lever le stigmate de criminel et de coupable à punir et réprimer qui pesait sur les fous. Mais le système mis en place reste lourdement autoritaire et répressif, liberticide, au nom de la nécessité de soigner affirmée par le pouvoir médical. D'autant plus qu'à partir du milieu du XIXème siècle, l'aliénisme est passé de la psychogenèse (origine psychique) à l'organogénèse (origine physiologique) de la folie. Ce revirement renforça l'idée d'incurabilité des malades mentaux et donc la nécessité de leur exclusion.

Traumatisme de la Seconde Guerre Mondiale et thérapie institutionnelle

Depuis le décret de 1838 qui est venu officialiser l'organisation de la psychiatrie par l'enfermement dans les asiles, il n'y a pas eu de grande amélioration.

L'horreur de la Seconde Guerre Mondiale provoque des dizaines de milliers de mort-es de faim, de froid et d'abandon (environ 40 000 en France) parmi les aliéné-es. L'expérience de l'hôpital de Saint Alban, et ses suites, vont révolutionner le paysage du soin psychiatrique, et venir démontrer qu'il était possible, voire primordial de faire autrement.

A l'initiative d'un psychiatre catalan, François Tosquelles, militant libertaire fuyant le franquisme, l'institution de Saint Alban s'est radicalement transformée pendant cette sombre période. Arrivé par hasard dans ce petit village de Lozère, il met en pratique l'intuition et la conviction que le système de ségrégation des malades mentaux, à qui on ne reconnaît même pas le statut d'être humain, participe à renforcer et maintenir les effets de la folie dans leurs relations à l'autre, dans leurs actes, dans l'expression de leurs symptômes.

Il fallait aussi produire pour survivre. Dans la rencontre de ces idées politiques et de ce contexte économique est née une nouvelle pratique du soin. Elle se basait sur des relations égalitaires, un partage des tâches et du travail (naissance de l'ergothérapie), la nécessité d'échanges réciproques, l'obligation de donner du pouvoir aux malades. Cela en rupture avec l'aliénisme qui ne les reconnaissait que comme des personnes sous tutelle sans droits.

Cette expérience s'est développée et a pris une place importante dans la psychiatrie d'après-guerre.

Est née la psychothérapie institutionnelle, avançant sur ses deux jambes. D'une part, la politique basée sur les idées communistes et libertaires. D'autre part, le soin psychique basé sur la reconnaissance de la subjectivité du sujet fondée sur la psychanalyse. De plus, la thérapie institutionnelle suppose qu'il ne peut pas y avoir de soin psychique sans "soigner" l'institution censée soigner. D'où, au cœur des pratiques inventées, une grande place faite aux réunions, espaces d'échanges et de rencontres, club des patient-es.

Cette invention a contribué à donner des outils pratiques et théoriques pour le processus de désaliénisation entamé un peu avant la seconde Guerre Mondiale.

La politique de secteur pour mettre fin à l'asile

A partir des années 1930, de jeunes psychiatres ont commencé à vouloir remettre en cause l'organisation de la psychiatrie dans le système asilaire. Une idée principale était de sortir de l'établissement et d'aller

soigner les gens près de chez eux. C'est la logique de la mise en place de dispensaires sous le gouvernement du Front Populaire en 1938. Mais il a fallu attendre l'après-guerre pour reprendre le processus.

La mise en place de la politique de secteur est le résultat de luttes innombrables. Elle reste aussi un objectif, une philosophie de l'organisation des soins psychiques, jamais totalement atteinte ni mise en place.

PSYCHIATRIE PUBLIQUE DE SECTEUR

Le 15 mars 1960 est publiée la circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Elle instaure la politique de secteur comme modèle d'organisation de la psychiatrie. C'est sur cette circulaire, sur ce modèle d'organisation, mais aussi sur une vision politique et philosophique, que la psychiatrie contemporaine devait se construire.

L'ensemble du territoire a été découpé en secteurs géographiques de 70 000 habitant·es (200 000 pour les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile). Chaque secteur devait être doté de services d'hospitalisation complète, mais aussi de structures extra-hospitalières : CMP (Centre Médico Psychologique), Hôpital De Jour, CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)... L'organisation prévoit qu'une même équipe pluridisciplinaire assure l'ensemble des soins de prévention, de cure et de post-cure.

La philosophie du secteur consiste à garantir des soins gratuits accessibles à toutes et tous au plus près de son lieu d'habitation. Le secteur entend développer une clinique du lien dans la durée. Il n'est pas question de normalisation des comportements et des populations.

Or, à partir du milieu des années 80, les politiques publiques de la psychiatrie visent à limiter ses missions au traitement de la crise, le suivi au long cours des patient-es « stabilisé-es » devant être assuré par les médecins généralistes avec, éventuellement, un étayage des professionnel·les du champ social ou médicosocial.

Les réformes successives refusent de reconnaître que ces patient-es sont « stabilisé-es » parce qu'ils bénéficient justement d'une prise en charge au long cours en Hôpital de Jour (HDJ) ou en Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), complétée lorsque cela est nécessaire par des Visites à Domiciles (VAD) organisées depuis le Centre Médico-Psychologique (CMP).

La politique de secteur est la cible principale des politiques néolibérales. Parce que cette psychiatrie de qualité nécessite des moyens humains importants et qu'elle porte en elle des valeurs militantes et émancipatrices de solidarité, de démocratie, de renforcement du lien social, antagoniques avec le « chacun pour soi ».

ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE

En France, la réponse à la souffrance psychique est extrêmement éclatée. Elle recoupe de nombreux champs sociaux et professionnels. Les prises en charge psychiques s'articulent avec plus ou moins de cohésion entre la psychiatrie publique de secteur, les cliniques privées, le libéral, le médico-social, le social, l'associatif, l'éducation nationale, le travail adapté, les proches et les familles...

Les patient-es et leurs familles ont un pseudo-choix dans un dédale de propositions de soins, inégalement réparties sur tout le territoire et souvent insatisfaisantes voire inadaptées. Entre les consultations dans les secteurs ou en libéral, les lieux d'hospitalisation ou encore les accueils de jours, l'offre varie énormément pour une même demande. L'inégalité se renforçant alors selon les ressources individuelles et territoriales. Depuis l'avènement de la "start up nation", pendant le 1er quinquennat Macron, la multiplication des numéros verts et des plateformes de coordination et d'orientation démontre le refus de l'État de mettre en place des réponses adaptées aux besoins de la population. Pour SUD, ce sont des non-réponses. On organise la non-rencontre, on fluidifie, on déplace les demandes mais on ne s'attèle pas à proposer des lieux qui s'adaptent aux besoins. Il y a là le renforcement de l'individualisation de la souffrance. Toutes les propositions orientent les individus souffrants vers des réponses individuels, or collectif où nouer des liens.

Dans ce labyrinthe, la question de la prise en charge financière est elle aussi complexe, entre la gratuité, la sécu, les complémentaires, le reste à charge, les dépassements d'honoraires...

Pour les professionnel.es, les tensions de plus en plus vives entre éthique du soin et pratique quotidienne sous la pression des restrictions budgétaires deviennent insupportables. Les échanges entre membres d'une équipe pluridisciplinaire riches de leurs différences d'approche sont de plus en plus souvent absents. Ils cèdent trop souvent la place à l'application autoritaire de « procédures protocolisées » imposées par des médecins ou des cadres transformés en « manager ». Le résultat en est une fuite de plus en plus importante des professionnel·les.

SUD REVENDIQUE :

- x LA GRATUITÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS DANS LE SERVICE PUBLIC PARTOUT.**
- x LE RENFORCEMENT DES MOYENS DONNÉS AUX SECTEURS DE PSYCHIATRIE PUBLIQUE.**
- x LE MAINTIEN ET LE RENFORCEMENT DE L'AUTONOMIE DES PSYCHOLOGUES, SANS ORDRE PROFESSIONNEL NI PARAMÉDICALISATION.**
- x FAVORISER ET REVALORISER LE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE, OÙ CHAQUE PROFESSIONNEL TROUVE SA JUSTE PLACE AU SEIN D'UNE ÉQUIPE, TOUT EN LUTTANT CONTRE UN GLISSEMENT DE TÂCHES ÉPUI SANT ET QUI NE SERT AU FINAL QUE DE PRÉTEXTE FALLACIEUX À DES COUPES BUDGÉTAIRES INCESSANTES.**
- x PERMETTRE AU MÉDECIN PSYCHIATRE DE RESTER DANS SON RÔLE DE GARANT DU SOIN ET NON D'ADMINISTRATEUR.**

FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE

Le fonctionnement avant 2022

Avant la réforme du financement de la psychiatrie de janvier 2022, le financement de la majorité des services de psychiatrie se faisait sur le principe de la DAF (Dotation Annuelle de Financement). Cela s'appliquait au secteur public et à une partie du secteur privé non-lucratif.

L'autre partie (établissements privés à but lucratif et à but non-lucratif non-sectorisés) était financée à l'activité (prix de journée).

Mise en place d'une T2A psychiatrique : une réforme libérale du financement.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2020 prévoit pour les établissements publics de psychiatrie de pondérer la DAF et d'introduire une part de financement à l'activité. Elle le fait par des mécanismes multiples, technocratiques, et la prise en compte de critères censés évaluer la qualité des soins. Cela tout en gardant une enveloppe contrainte et sous évaluée.

C'est une manière insidieuse de faire évoluer les prises en charge et de contraindre les récalcitrant-es aux injonctions à uniformiser les pratiques.

Il s'agit aussi d'harmoniser le financement du secteur public et du privé. Cela a toujours les mêmes effets : mettre en concurrence au détriment du service public et tirer les moyens vers le bas.

Un financement compartimenté

La part majoritaire du financement (environ 75%) correspond à une « Dotation Populationnelle ». Les critères de répartition prennent en compte le nombre d'habitant-es, mais aussi le niveau de précarité de la population ainsi que le nombre de mineurs.

Ensuite, viennent pour 15 % les dotations liées à l'activité. La fameuse tarification à l'activité (T2A) qui a dévasté les hôpitaux généraux (MCO Médecine Chirurgie Obstétrique). L'organisation des soins dépendront des possibilités de financement, sous forme de codes dont nous devenons les codeurs. Surtout ce n'est que le début. Car rien ne garantit que cette part de dotation liée à d'activité n'augmente pas au cours des prochaines années.

Les financements des hospitalisations s'alignent sur les prix de journée faméliques du médico-social dès le dixième jour d'hospitalisation dans le but de diminuer leur durée sans prendre en compte l'environnement des patient-es ou les possibles relais dans des structures adaptées.

Inflation du comptage des actes en vue pour une surveillance généralisée

Ce financement introduit une part de comptage des actes. Il faut pour cela multiplier les indicateurs de « qualité » mesurés tous les ans. En cas de résultats insatisfaisants pendant 3 ans, c'est la sanction financière.

Pouvoir technocratique augmenté

Par l'intermédiaire du financement et la répartition des budgets, le pouvoir du ministère et des ARS (Agences Régionales de Santé) est absolu... Leurs décisions sont prises en continuant de faire la part belle

à une psychiatrie scientifique ayant déjà le vent en poupe, telle que portée par le lobby libéral et neuropsychiatrique FondaMental.

Dans ce système, la recherche et l'innovation, mises en avant, sont de l'affichage marketing pour les tenants d'une psychiatrie uniformisée compatible avec les injonctions économiques.

Le décret n°2021-1255 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie prévoit que chaque année « l'objectif de dépenses (...) prene en compte (...) l'évaluation des gains d'efficience réalisés et envisageables dans le secteur ». Ce sont bien les économies qui sont visées, pas la qualité des soins.

L'appel à projet, arme des ARS contre nos services

Les ARS ont multiplié les appels à projet ces dernières années.

Le fonctionnement par appels à projets est un puissant moyen d'imposer des visions et des orientations définies en amont par les pouvoirs publics pour « *un soin moderne, économique et scientifiquement prouvé* ». Le financement n'étant pas pérenne, il peut être stoppé si vous ne respectez pas les orientations dictées par les autorités. Les professionnel·les concerné·es en viennent à intérioriser les injonctions, et à s'autocensurer au moment de penser des dispositifs de soins. Car à quoi bon s'investir dans des projets qui seront à coup sûr refusés par les instances décisionnaires ?

Le financement de la psychiatrie est une affaire politique, les soins et l'organisation de travail en découlent.

SUD Santé Sociaux dénonce depuis longtemps le manque de moyens en psychiatrie. Nous revendiquons un service public de la psychiatrie avec

une offre de soins diversifiés pouvant répondre aux besoins variés de la population d'un secteur, ainsi qu'un accompagnement psycho-social digne et de qualité. Le financement de la santé mentale doit avoir comme seule référence les besoins de la population, afin que tout le monde puisse accéder et bénéficier de l'aide et de prises en charge adaptées, respectueuses, émancipatrices, dès que nécessaire. Une autre répartition des richesses doit s'imposer pour y parvenir !

SUD REVENDIQUE :

- ✗ UN CHOC DE MOYENS FINANCIERS POUR LA PSYCHIATRIE.
IL FAUT METTRE DES MILLIARDS SUR LA TABLE, PAS DES MIETTES.**
- ✗ LE FINANCEMENT D'UN SERVICE PUBLIC DE LA PSYCHIATRIE DE HAUT NIVEAU.**
- ✗ UN FINANCEMENT PAR DOTATION ANNUELLE PRENANT EN COMPTE
LES BESOINS DE LA POPULATION ET DES ÉQUIPES PROFESSIONNELLES.**
- ✗ L'ACCÈS GRATUIT POUR TOUTES ET TOUS À DES SOINS PSYCHIQUES.**
- ✗ LA SOCIALISATION DE TOUTES LES STRUCTURES PRIVÉES.
AUCUN PROFIT SUR LE DOS DU SOIN.**
- ✗ LE FINANCEMENT DE FORMATIONS PROFESSIONNELLES INITIALES ET TOUT AU
LONG DE LA CARRIÈRE CHOISIES PAR LES PROFESSIONNEL·LES. AINSI QUE LE
STATUT D'ÉTUDIANT·E SALARIÉ·E AFIN DE SE FORMER SANS SE RETROUVER EN
SITUATION DE PRÉCARITÉ.**

DE LA FOLIE À LA SANTÉ MENTALE : QUID DU SOIN PSYCHIQUE ?

INSTRUMENTALISER LA SANTÉ MENTALE

Le référentiel théorique de « santé mentale » n'émerge en France que dans les années 1940-1960. Auparavant, la santé ne se définissait que comme le négatif de la maladie, et n'était que très secondaire par rapport à elle.

Après-guerre, tout un mouvement international va se mettre en place pour promouvoir « *l'hygiène et la prophylaxie mentale* ». L'enjeu était de recentrer les pratiques sur la prévention des maladies mentales et la détection des troubles mentaux le plus tôt possible. Dès le départ la notion de santé mentale est une catégorie liée aux politiques publiques.

Une approche prévaut. Elle consiste à assurer que l'une des fonctions essentielles de la santé mentale est de convertir de potentiels conflits sociaux, que ce soit au niveau de l'industrie ou dans les pays en voie de développement, en conflits « intrapsychiques » individuels, ou interrelationnels entre individus, qu'il faut « résoudre de manière harmonieuse.

Selon cette approche, pour la société, la santé mentale contribuerait à la prospérité, à la solidarité et à la justice sociale. À l'inverse, la mauvaise santé mentale serait pour les citoyens comme pour les mécanismes sociétaux une source de pertes, de dépenses et de charges de toutes sortes.

Nous nous inscrivons en faux face à cette logique matérialiste qui résume les individus à de simples statistiques, à une manne financière qu'on utiliserait à gré.

En 2001, l'OMS définit la santé mentale « comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ». La santé mentale serait donc le moyen de s'épanouir sur le double plan intellectuel et émotionnel, mais aussi de trouver et de tenir sa place dans la vie sociale, scolaire et professionnelle. Cette notion recouvre donc à la fois une dimension individuelle et collective. Nous critiquons cette définition qui inscrit la productivité des personnes comme un objectif de santé mentale. Pour l'OMS, être en bonne santé c'est travailler.

« D'une part, le problème de la santé mentale place en son cœur la question de l'appréhension subjective, par l'individu, des événements et des relations : ce qui est posé, c'est la question des émotions, des affects ressentis par le sujet et la manière dont ils peuvent influencer sur le développement de sa personnalité. Il est bien clair qu'à ce point de vue, il est difficile de fixer des critères objectifs de santé mentale. D'autre part, le problème de santé mentale place en son cœur la question des effets affectifs de tout un ensemble de relations entre sujets individuels : il va sans dire qu'il n'est pas possible, à partir de là, de lui fixer une place délimitée dans la société. » Selon C.-O. Doron.

Face aux enjeux sociétaux et économiques de la santé mentale, quid du soin psychique ?

QU'EST-CE QU'UN SOIN PSYCHIQUE ?

Le soin qui nous occupe ici relève de cette pratique qui vise à se soucier de l'autre. C'est un soin, une pratique, une attitude qui vise à soulager un individu. L'autre et ses besoins, qu'ils soient d'ordre matériels ou psychiques, nous préoccupent. Ils provoquent une réponse, ils déterminent une action, une attention, une présence, loin de l'indifférence. Le soin psychique est cet ensemble de pratiques fondées sur l'altérité qui vise à soutenir la vie psychique, la vie mentale dans tous ses aspects.

Et ce soin psychique ne peut se réduire à un soin objectif comme les autres, il est une dimension du soin, la dimension subjective qui traverse tous les soins. *Il peut se manifester à l'occasion d'un incident trivial, d'un événement heureux comme lors des moments les plus douloureux ou tragiques de l'existence. Sans lui, la vie perd en intensité, en profondeur, en gravité ou en légèreté...*

Réalisé avec compétence et sollicitude, ce travail de soin psychique, au-delà des aptitudes techniques, nécessite une forme de mobilisation affective. C'est une posture clinique, faite d'attention portée à la singularité des personnes accueillies et soignées, de respect d'une temporalité psychique irréductible, d'intérêt pour les aspects inconscients et conflictuels de la vie psychique.

Et l'objet du soin psychique consistera en cette mise en mots de ces conflictualités qui fragilise l'équilibre psychique individuel et parfois groupal. La présence, l'écoute, les regards et les paroles seront les outils par lesquels la souffrance psychique pourra être soulagée.

Et le professionnel qui s'y implique est lui-même aux prises avec une vie pulsionnelle, une conflictualité interne et externe et des aménagements défensifs. C'est pourquoi ces pratiques ne peuvent faire l'économie de formation continue et permanente, de critique raisonnée des pratiques, des conversations cliniques entre professionnel·les du soin, que ce soit en équipe ou lors d'échanges entre collègues. Il s'agit d'éclaircir, de tenter de comprendre ce qui se joue entre les personnes, dans les relations, à travers les comportements agis.

Nous l'avons compris le soin psychique passe par la relation, le réveil de la créativité et de la subjectivité. Du coup, il peine à être objectif. Il est une pratique de l'entre deux, de l'intersubjectivité, qui s'accorde mal avec des impératifs gestionnaires de traçabilité et de rentabilité ni avec des évaluations de conformité aux normes d'une « *psychiatrie industrielle* ».

Le soin psychique est rendu possible et découle d'un ensemble de pratiques fondées sur la réciprocité éthique entre sujets dont la dimension morale, sociale et politique ne doit pas nous échapper.

La solidarité sociale comprendra aussi un « soutien au soutien » psychique, d'un soutien apporté non seulement aux soins psychiques et psychiatriques, mais aussi à la dimension psychique de tous les soins, médicaux et parentaux. Ainsi qu'à tous les individus ou équipes engagés dans ces processus de soin.

SUD REVENDIQUE :

- ✗ NI UNIFORMISATION, NI PROTOCOLISATION DU SOIN PSYCHIQUE**
- ✗ RECONNAISSANCE ET REVALORISATION SALARIALE DE TOUS LES ACTEURS DU SOIN PSYCHIQUE**

DE L'INJONCTION SÉCURITAIRE AUX DROITS DES PATIENT·ES

DES DISCOURS SÉCURITAIRES INSTRUMENTALISENT LA PSYCHIATRIE

Comme cela a été analysé dans la partie sur l'histoire, la psychiatrie ne se résume pas uniquement à un acte de soin. De tout temps, une injonction à la sécurité de la société a pesé sur la prise en charge de la maladie mentale.

Ces dernières années, les discours sécuritaires cherchant des boucs émissaires se sont multipliés. Les peurs primitives liées à l'anormalité et à la différence ont été instrumentalisées. Un des virages sécuritaires de la psychiatrie a été imposé par le président Sarkozy lors de son fameux et terrible discours d'Antony du 2 décembre 2008. En faisant croire qu'il répondait à des événements isolés et des faits divers, c'est toute la philosophie du soin et de l'accompagnement qui a été renforcée dans le sens de la contrainte et de l'enfermement.

La réforme des soins sous contrainte de 2011 s'est mise en place, malgré de massives oppositions des professionnel·les. Depuis, comme une preuve d'inefficacité à faire accepter des soins psychiatriques, le nombre de personnes à qui on impose des soins sous contrainte ne cesse d'augmenter d'année en année.

Néanmoins, il est urgent que les professionnel·les et institutions de soins se questionnent sur les pratiques attentatoires aux libertés des personnes soignées. Il nous faut sortir d'une conception autoritaire des prises en charge. Nous devons remettre au premier plan les notions de confiance et de respect.

Nous acceptons qu'il soit difficile, à certains moments, de se passer de certaines formes de contraintes sans moyens supplémentaires, sans effectifs supplémentaires, sans formations permettant d'autres façons de procéder. Trop souvent nous oublions qu'elles sont les conditions nécessaires à toute idée d'accompagnement dans le temps long de personnes souffrant de maladies mentales.

IRRESPONSABILITÉ PÉNALE

De quoi s'agit-il?

En France, l'article 122-1 du Code Pénal énonce : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. »

Par conséquent, les personnes déclarées irresponsables en raison de troubles mentaux font l'objet, selon le stade auquel l'irresponsabilité est constatée, soit d'un non-lieu de la part du juge d'instruction, soit d'une décision d'acquittement ou de relaxe prononcée par la juridiction pénale. Il arrive que le parquet renonce à engager des poursuites contre un délinquant dont l'irresponsabilité ne fait a priori aucun doute et classe sans suite les procès-verbaux d'infraction.

L'article 122-1 est issu du nouveau Code Pénal de 1994. Jusqu'à cette date, la France avait eu pour principe d'exclure du domaine de la

sanction pénale les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Depuis des siècles, dans des sociétés diverses à travers le monde, les « fous » n'étaient pas considérés responsables (de leur « coup de folie »). Le raisonnement étant le suivant : il y a des individus qui agissent à cause de graves perturbations mentales, ils ne peuvent donc être considérés comme ayant consciemment commis une infraction pénale. Leur maladie même est alors envisagée comme une peine. L'article 122-1 ouvre une brèche dans la frontière entre folie et délinquance par l'inscription même de ces personnes dans la procédure décrite plus haut.

En finir avec l'irresponsabilité pénale ?

Suite au traitement médiatique de certains faits divers récents (sensationalisations...) et de leur politisation extrême, les gouvernements continuent à privilégier des réponses sécuritaires. Les représentations sociales assimilant folie et criminalité ou folie et dangerosité ne sont pas déconstruites comme elles pourraient l'être. Information, éducation, explication ne priment pas. Les peurs, l'ignorance et la désinformation du public sont manipulées.

La conséquence de ces politiques répressives ? Une réforme de la loi est arrivée sur la table en 2021. L'activisme de certaines associations de victimes a joué dans l'obtention de ce réexamen, celles-ci estimant être privées du droit de contester utilement la décision d'irresponsabilité. Le politique a accédé à leur demande : de manière erronée, on comprend de plus en plus la sécurité comme liberté première.

Faut-il encore le rappeler, la recherche démontre que les personnes atteintes de pathologies psychiatriques sont davantage victimes de crimes et délits que le reste de la population. Il s'agit ici de souligner que la judiciarisation ne soigne ni le malade ni sa pathologie psychiatrique. Qu'elle ne répare jamais la perte subie par les proches lorsqu'un parent, ami·e ou collègue est blessé·e ou tué·e par un·e personne en rupture avec la réalité. Et l'attitude qui consiste à considérer en « mauvais malades » celles et ceux qui peinent à adhérer aux prises en charges thérapeutiques est à dénoncer.

La dangerosité ?

La loi du 25 février 2008 est venue accentuer la pénalisation de la maladie mentale. Elle renforce la clinique de la dangerosité et de la récidive, autour de l'application de la rétention de sûreté face à : « [...] *une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité [...]* ».

Les doctrines de la tolérance zéro imprègnent les discours contemporains. Elles ne contribuent pas à une approche compréhensive de l'autre, et ce, quel que soit le domaine envisagé. Cela s'observe autant en psychiatrie qu'ailleurs. La prise de risque, même mesurée, même proportionnée, est trop souvent considérée comme un errement individuel. Cela se vérifie dans les services hospitaliers où une trop grande confiance accordée à l'utilisateur peut être mal perçue en équipe. Ainsi chacun, malgré soi, peut se trouver départi de la responsabilité de faire exister le « vivre ensemble ».

Trop souvent une ambiance sécuritaire règne sur la clinique psychiatrique, dans une société qui accepte de moins en moins l'aléa et l'imprévu, qui cherche responsables et bouc-émissaires...

Et le soin dans tout ça ?

Le débat et l'urgence devraient se centrer sur la santé des personnes, la qualité de leur prise en charge et leurs conditions de vie sociale. Non sur la notion, discutable donc, de dangerosité. Nos missions et notre rôle, en tant que soignant·es, se situent là : le soin à porter auprès de personnes atteintes de formes sévères de pathologies très invalidantes. Comment les aider à comprendre le monde, les soutenir dans leur isolement, les accompagner dans la vie quotidienne ? Comment soulager leurs angoisses, leurs souffrances ? Ce que nous devons viser, en tant que soignant·es, c'est la création d'espaces, de moments, de liens, d'occasions où les patient·es peuvent verbaliser leur incompréhension, exprimer leur désarroi.

Nous partageons ces réflexions depuis notre expérience du terrain. Parmi les rédacteurices de cette brochure, il y a des soignant·es qui accompagnent au jour le jour, depuis des années, des patient·es ayant été déclaré·es irresponsable pénalement, pour lequel·les s'applique l'article 122-1 du Code Pénal. Au fil du temps, nous pouvons constater leur évolution, l'amélioration de leur état, les progrès qu'ils effectuent, leur meilleure capacité de mentalisation et d'expression, ainsi que leur réinsertion graduelle et proportionnée dans la société. Ce travail de soin et d'accompagnement existe, il est prudent et lent. Mais il reste possible, bien que peu visible.

DÉFENSE DES DROITS DES PATIENT·ES

Ça existe le droit des patient·es ?

À la question « Qu'en est-il des droits des patient·es en psychiatrie ? », une personne militant pour les droits des patient·es au sein d'une association nous répond :

« Les droits des patients... heu... je ne vois pas... Ah, si ! On peut désigner une personne de confiance ou donner ses directives anticipées par exemple (on ne sait pas très bien comment c'est respecté). En principe, ce truc figure dans les plaquettes de bienvenue à l'HP. [...] je ne dirais pas que le passage devant le juge est un droit, puisqu'il est automatique (avant existait déjà un droit de contester la décision d'hospitalisation en écrivant au juge), mais bon ça se discute peut-être... [...] mon point de vue de patiente sur nos droits c'est que depuis 2011 et l'introduction de la contrainte en ambulatoire et bien ils sont réduits à néant. Car la liberté d'aller et venir étant à peu près préservée, il n'y a pas de recours juridique pour mettre fin à un programme de soins... Lequel ne connaît pas de durée maximale (alors qu'en Belgique si par exemple). Quant aux droits fondamentaux, comme la dignité etc... ben ça dépend des hostos mais zéro garantie, si ? Bref [...] ».

Combats et revendications des premier·es concerné·es

Comme on a pu le dire lors des chapitres précédents, cela fait des siècles que les malades mentaux sont considérés au mieux comme des objets à traiter, au pire comme des dangers. Et la psychiatrie est de fait un outil sécuritaire. Si cette présentation semble archaïque et exagérée, il ne faut pas oublier que les dernières lois renforçant cette vision n'ont que quelques années.

Pire, dans de très nombreux établissements ou institutions, malgré les discours sur « les soins à apporter » se développent des pratiques directement héritées d'une psychiatrie ôtant sa condition humaine à la personne, lui refusant le statut d'égal·e. Alors il serait plus juste de considérer ces lieux comme autoritaires et participant à la domination, plutôt que des lieux de soins.

Heureusement, cette vision et ces pratiques ne sont pas la norme partout, ni dans toutes les têtes ou toutes les relations. Beaucoup de chemin a été parcouru depuis l'asile du début du XX^{ème} siècle.

Plus important encore, comme tout système créant de la souffrance, la psychiatrie est critiquée et parfois combattue par les premier-es concerné-es, les personnes psychiatisées. Une logique de dépossession de leur savoir s'exerce trop souvent sur elles en psychiatrie. Cela a pour conséquence la croyance des professionnel·les de mieux savoir à la place des patient·es. La psychiatrie serait une question d'expert·es, ces expert·es étant immanquablement les professionnel·les.

Or se développe la volonté pour de nombreuses personnes psychiatisées de contredire cette "évidence". Les critiques et les luttes des patient·es se construisent petit à petit, et c'est tant mieux. Parfois elles peuvent se faire en alliance avec les professionnel·les, lorsque nous sommes réceptif·ves, lorsque nous prenons conscience de nos intérêts communs et particuliers. Parfois, les luttes des personnes psychiatisées doivent se faire sans, voire contre les professionnel·les, contre les pratiques qui refusent de se regarder et de changer, contre les lois réactionnaires, contre les positions aliénantes.

SUD souhaite soutenir ou accompagner les mobilisations des usager·es de la psychiatrie, lorsqu'elles vont dans le sens de l'émancipation, du partage du savoir et du respect des droits des patient·es.

Pas de soin sans respect des droits des patient·es

Si la désaliénation et la politique de secteur, ainsi que toutes les luttes menées depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale ont énormément fait bouger les lignes, il s'agit d'aller encore plus loin pour faire advenir une psychiatrie encore plus émancipatrice.

Nous avons la certitude que plus de droits, plus de respect de la personne et de son avis, plus d'écoute et de partage, permet immanquablement des soins de meilleurs qualités.

Dans nos formations, on nous répète sans cesse qu'il faut être à l'écoute, respecter, entendre. C'est parfaitement vrai. Mais par quel retournement étrange ces affirmations ne seraient plus exactes au moment de vraiment tenir compte de ce que les patient·es ont à dire. Au contraire, il faut appuyer les pratiques de soins et les pratiques institutionnelles sur plus de démocratie, d'échanges, et de pouvoir partagé.

La CGLPL, soutien au respect des droits des patient·es

En 2007 est créée une autorité administrative indépendante chargée de contrôler les conditions de prises en charge des personnes privées de liberté afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. C'est la fonction de Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

Il « ne reçoit d'instructions d'aucune autorité, [il ne peut] être ni révoqué au cours de son mandat, ni renouvelé, il ne peut être poursuivi à raison des opinions qu'il émet ou des actes qu'il accomplit dans

l'exercice de ses fonctions, il ne peut exercer d'autres activités professionnelles ou mandats électifs. »

Dans les faits, les membres de cette autorité visitent l'ensemble des lieux de privation de liberté (prisons, centres de rétention, hôpitaux psychiatriques). Ces visites donnent lieu à des rapports pointant les manquements, insuffisances au regard des droits des personnes privées de liberté. Certaines situations dénoncées ont été suivies d'actes afin de changer ce qui posait problème.

A la fin de son mandat, la CGLPL de 2014 à 2020, Adeline Hazan, avait produit un rapport final*, “Soins sans consentement et droits fondamentaux”. Elle y évoquait l'ensemble des problématiques relevées lors de son mandat. A l'époque comme aujourd'hui, SUD santé sociaux aurait pu signer une grande partie des analyses et recommandations émises dans ce rapport. Notamment elle y exprimait la certitude que manque de moyens humains et pratiques aliénantes sont liés. Elle dénonçait aussi les processus de psychiatrisation des problèmes sociaux, et d'un recours grandissant aux mesures de privations de liberté, que ce soit les modes d'hospitalisation, tout comme les limitations et mesures privatives (affaires personnelles, enfermement, pyjama d'hôpital).

Pour SUD, le travail réalisé depuis des années par la CGLPL constitue un levier important aux combats à mener, pour une psychiatrie plus émancipatrice.

* *Rapport CGLPL Soins sans consentement et droits fondamentaux, publié le 17 juin 2020*

LES LUTTES MENÉES ET CELLES À MENER

LA PSYCHIATRIE, TERRAIN DE LUTTES SOCIALES ET PROGRESSISTES

La force des espaces de progrès social dépend en partie du foisonnement et de la multitude des luttes qui se déploient. Ce début de XXI^e siècle est marqué par le développement, le renforcement, et la réactivation de dynamique contestataires et progressistes. Nouvelle vague féministe, combat antiraciste et décoloniaux, mouvements écologistes, lutte des classes et rapport de force économique toujours existant...

La psychiatrie s'inscrit dans ce mouvement global. Plus encore, elle croise, interagit, subit ou impose des visions. Pour faire rager les rageux, on peut affirmer que la psychiatrie est intersectionnelle.

Les liens entre psychiatrie et situation sociale et économique (effet de la pauvreté, précarité, mal-logement, violence du monde du travail...). Les liens entre psychiatrie et racisme, colonialisme et impérialisme (effets des propos et agissements de l'extrême droite, des migrations violentées, guerres, contraintes administratives...). Les liens entre psychiatrie et domination des femmes et personnes LGBTI (effets des violences sexistes et sexuels, LGBTIphobies, assignations de genre...)

La liste des liens entre la psychiatrie et l'ensemble des champs de luttes sociales et sociétales est infinie. Car la psychiatrie est politique. Et nous partageons l'affirmation de Lucien Bonnafé (psychiatre ayant participé à la mise en place de la psychiatrie de secteur), lorsqu'il déclare :

« Une société se juge à la manière dont elle traite ses fous, ses marginaux ».

L'histoire de la psychiatrie est une histoire de luttes, et de progrès sur le temps long. Aujourd'hui, la rationalité économique, le management, les approches autoritaires et répressives, la vision scientiste et déshumanisée remplacent l'asile et la torture du XVIII^{ème} siècle. Attention les grands bonds en arrière ne sont jamais impossibles.

***A NOUS, PATIENT·ES ET SOIGNANT·ES,
DE CONTINUER À NOUS ASSURER QUE LE SECTEUR DE
LA PSYCHIATRIE ET DU SOIN PSYCHIQUE DEMEURE UN
ESPACE DE PROGRÈS, D'AMÉLIORATION DES
CONDITIONS DE VIE,
DE TRAVAIL, DE RELATION À L'AUTRE.***

PLURALITÉ DES PRISES EN CHARGE, LUTTE CONTRE LES POSITIONS HÉGÉMONIQUES

Dans les nouvelles formes que prennent les courants réactionnaires, certaines sont plus insidieuses que d'autres. Là où un Sarkozy à talonnettes est aisément repérable, une psychiatrie avec vernis de science et expertise sera plus retorse à débusquer. Or, on ne combat bien que ce qu'on peut efficacement identifier.

Quand un ministère baisse drastiquement des moyens financiers, ça se voit, ça révolte, ça peut ne pas passer. Quand il fait du financement à l'innovation et aux résultats, où est le problème ?

Il en va de même pour les enjeux de pouvoir concernant les différents courants de pensées, visions, hypothèses sur les causes et les fonctionnements des maladies mentales, et pour conséquences ce qu'il faut faire pour les traiter.

SUD ne défend pas une église en particulier. Mais nous assumons des positions opposées à certaines manières d'envisager l'être humain, de le considérer comme un agent économique nuisible ou coûtant, comme un indésirable en trop, plutôt que comme un sujet à respecter pour toutes ses facettes.

De même, nous refusons que dans les débats inhérents à la psychiatrie, un courant, une vision puisse écraser toutes les autres. Car avant tout nous pensons qu'il est nécessaire de disposer d'une pluralité des pratiques, une multitude d'espace et méthodes diverses afin d'offrir au plus grand nombre des propositions de soins les plus pertinentes.

En cela, le courant actuel de la psychiatrie que nous appelons biomédicale et scientifique (voir encadré page 2) représente un danger. Non pas en raison de ce qu'elle porte et préconise. Mais bien du fait de

sa position hégémonique, de la possibilité qu'elle a actuellement d'écraser toute autre vision de la psychiatrie.

Parmi d'autres raisons, sa compatibilité avec des orientations politiques établissant des restrictions économiques, de promouvant l'individualisation (à l'opposé d'une pensée systémique et sociologisante, la faute de l'individu et pas des organisations collectives), un rapport intensif avec l'utilisation de psychotropes (et donc de lien étroit avec l'industrie pharmaceutique) font de ce courant psychiatrique un des chouchous actuels des politiques de santé.

Pour ces raisons, nous ne devons pas être naïfs, il s'agit de connaître nos ennemis. Le champion actuel en France est le lobby FondaMental. Et parce qu'il est emblématique, on va s'attarder un peu sur lui.

*FondaMental est une fondation de recherche psychiatrique principalement financée par le secteur privé, « qui développe et promeut une vision exclusivement biologisante de la maladie mentale et des soins inspirée strictement des paradigmes neurocomportementaux.»**

FondaMental fonctionne sur le modèle d'autres lobbys libéraux, comme l'Institut Montaigne dont il est proche.

Sur la question de la crise de la psychiatrie, Fondamental argue qu'il n'est pas question d'un manque de moyens qui fonde la crise, mais d'une meilleure organisation dans l'optimisation des soins. Elle présente dès lors des solutions « clés en main ». Ces solutions dites « ready made », sont reprise de manière exclusive par la rapporteuse d'une mission flash sur le financement de la psychiatrie, et par le délégué ministériel à la psychiatrie, le Professeur Frank Bellivier, qui soit dit en passant a été chercheur responsable d'un centre expert Fondamental... lobbyisme j'entends ton nom !

** Benjamin Royer : <https://blogs.mediapart.fr/royer-benjamin/blog/011119/les-sciences-neurocomportementales-nouvelle-avancee-du-neoliberalisme>*

DES LUTTES EMBLÉMATIQUES CES DERNIÈRES ANNÉES

Grève de la faim au Rouvray

S'il s'agit de revenir sur des luttes emblématiques, il n'est pas possible de faire l'impasse sur la grève de la faim entreprise par un collectif d'infirmier-es en juin 2018, à l'hôpital psychiatrique du Rouvray : ils étaient huit. Quatre ans plus tard, que retenir de cette grève de la faim ?

D'abord que pareille grève relève d'un sursaut ultime de soignant-es qui ne tolèrent plus la situation à laquelle iels sont confronté-es. Elle témoigne d'une indignation extrême. Et que cette forme de protestation interpelle fortement autrui.

En effet, cette grève a subitement confronté toute la communauté soignante à son propre positionnement, que ce soit au niveau collectif ou au niveau individuel. A son acceptation des politiques à l'œuvre en psychiatrie – ou à sa résistance plus ou moins bruyante.

Ces grévistes ont obligé les autres à mener une réflexion exigeante : jusqu'où supporter l'adaptation permanente à la dégradation des conditions d'accueil des malades dans des services privés de lits, de bureaux, de personnels, de moyens, dans des établissements souvent restructurés, réorganisés, croulants sous les protocoles, où l'on ne dispose plus du temps de l'écoute et de la rencontre ? Où l'on refuse ce moment, cet engagement, tant la folie et la souffrance ébranlent.

La grève de la faim des infirmiers psychiatriques du Rouvray a posé des questions redoutables : comment ne pas renoncer à ses idéaux de soignant-es ? Comment consentir à l'abandon des plus démunis ? Comment cesser de se compromettre au-delà d'un certain point ?

Surtout : le recours à cette forme de lutte signe l'impossibilité radicale de se faire entendre par l'institution et les tutelles.

Colère et désespoir peuvent gagner les soignant·es en psychiatrie, comme les professionnel·les des secteurs du social et du médico-social. Iels prennent soin des plus gravement malades, de personnes vulnérables et rejetés de tous les côtés. Pour ces personnes la prison et la rue sont des points de chute intégrés à l'organisation des soins. Pour preuve la conclusion du discours d'un président prononcé en décembre 2008 : « *Et donc, il va falloir faire évoluer une partie de l'hôpital psychiatrique pour tenir compte de cette trilogie : la prison, la rue, l'hôpital, et trouver le bon équilibre et le bon compromis* ».

Peu après cette grève de la faim, un rapport de la Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté a confirmé le diagnostic des grévistes de la faim. A la suite de sa visite à l'hôpital psychiatrique du Rouvray, Adeline Hazan a en effet bel et bien formulé le même verdict que les infirmier·es affamé·es de soins dignes. Les droits des patient·es n'étaient pas appliqués. Les patient·es y étaient maltraité·es.

Les perchés du Havre

Une autre lutte historique a été celle des « Perchés du Havre ». Fin juin 2018, sept soignant·es (infirmier·es et aide-soignant·es) de l'hôpital psychiatrique Pierre Janet du Havre sont monté·es sur le toit du bâtiment des urgences pour dénoncer les conditions désastreuses de prises en charge des patient·es. Ils l'ont occupé 16 jours, installant des tentes, y campant. Au-dessous, un piquet de grève s'est constitué en soutien aux Perchés, les grévistes du bas ravitaillant les grévistes du haut.

Ce mouvement (porté par des militant·es SUD et CGT et des non syndiqué·es) a réussi à arracher la création de 34,3 postes (IDE et aide-soignant·es). Les conditions de travail et les conditions d'hospitalisation dans les pavillons s'en sont trouvées améliorées. Vingt patient·es ont quitté leur lit d'appoint : une chambre prévue pour un seul lit pouvait en compter deux de plus – parfois juste un matelas posé à même le sol.

Évidemment les patient·es si mal lotis ne disposaient d'aucun placard pour ranger leurs effets personnels qui se retrouvaient enfermés dans le bureau infirmier (et ainsi accessibles en fonction de la disponibilité du personnel). A l'issue de cette mobilisation, vingt patient·es ont été transféré·es vers des structures médico-sociales (MAS ou EHPAD). Ces transferts sont intervenus à la suite d'une forte pression de l'ARS : l'agence voulait absolument faire la démonstration que la création de lits supplémentaires en psychiatrie était inutile.

Le mouvement des Perchés, au-delà des avancées en termes de créations de postes et d'amélioration des conditions d'hospitalisation, avait permis au corps des soignant·es de reprendre la parole. Car le travail et le sens du soin ont été au cœur des échanges. Il a démontré aux yeux de tout·es par sa composition de soignants « de base » (un soutien par une timide mobilisation du corps médical exista malgré tout) que les membres d'une équipe pluridisciplinaire ont toute légitimité à porter un discours et une réflexion sur le contenu du travail, sur les tensions éthiques insupportables générées par les politiques libérales. Les patient·es aussi avaient trouvé une place d'expression et certain·es participaient aux forums informels qui se tenaient au pied du toit occupé.

2019, Le Printemps de la Psychiatrie

Ces deux luttes ont participé à l'émergence d'un appel pour un Printemps de la Psychiatrie début 2019. Car les luttes ne s'arrêtent pas, Les Pinels d'Amiens étaient aussi mobilisé-es depuis des mois et ont participé à la création de ce mouvement.

Un mouvement réunissant des professionnels du soin psychique issus de la psychiatrie, du secteur social et médico-social, du libéral, des associations de familles et des associations de patient-es. Le Printemps de la Psy se veut un contre pouvoir et milite en faveur de soins psychiques respectueux des personnes.

Il s'ouvre à tous, comme les enseignant-es, qui doivent faire face, souvent à moyens constants, à la politique de l'école inclusive. C'est-à-dire que l'école, les classes accueillent de plus en plus d'enfants en grande difficulté psychique. La volonté d'inclure les enfants souffrants à l'école peut paraître louable à première vue mais les enseignants comme les élèves peuvent se trouver démunis face aux troubles du comportement d'enfants insuffisamment soutenus par l'institution scolaire faute de personnels accompagnantes correctement formées à cet accompagnement spécifique. L'école inclusive masque mal la raison de son développement : le manque de places en institution plus adaptée.

Le Printemps de la Psychiatrie a co-organisé des Assises du soin psychique à la Bourse du Travail à Paris au mois de mars 2022. SUD a participé à la tenue de ces deux jours de réflexion où se pensait la résistance aux politiques néolibérales qui abîment autant les services publics que les associations concernées et impliquées dans le soin psychique.

CONCLUSION

LA PSYCHIATRIE DEVANT NOUS

La liberté syndicale est un droit fondamental. Celui-ci est protégé par l'article 23 de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme, selon lequel « *toute personne a le droit de fonder avec d'autres des syndicats et de s'affilier à des syndicats pour la défense de ses intérêts* ». L'article 8 du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels des Nations Unies stipule également que les syndicats ont le droit d'exercer librement leur activité, sans aucune limitation.

En droit français, la liberté syndicale est notamment proclamée par le 6ème alinéa du Préambule de la Constitution de 1946. Il affirme que « *tout Homme peut défendre ses droits et ses intérêts par l'action syndicale et adhérer au syndicat de son choix* ».

Comme on l'a vu à travers les luttes emblématiques, l'action syndicale est un moyen de défendre autant les conditions de travail et les droits des travailleurs et travailleuses que les conditions d'accueil des patient-es et leurs droits. Nous ne les dissocions pas. L'action syndicale participe et vise aussi à l'amélioration des soins prodigués, rendant le travail plus épanouissant.

La Contrôleure Générale des lieux de Privations de Libertés confirme l'articulation entre la satisfaction des besoins des patient-es, le respect de leurs droits et les moyens alloués dans une publication sur son site, intégralement reproduit ci-dessous:

« Le CGLPL a visité le pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Chinon (Indre-et-Loire) du 28 février au 4 mars 2022. Les contrôleurs ont relevé une prise en charge des patients de grande qualité et particulièrement respectueuse de leurs droits fondamentaux : maintien d'une liberté d'aller et venir maximale, forte implication des soignants, nombreuses activités, architecture des locaux parfaitement adaptée, etc. Il n'y a jamais de contention et les placements à l'isolement y sont exceptionnels. Cet établissement est l'un des seuls contrôlés par le CGLPL qui parvient à concilier l'ouverture des unités, l'absence de contention et un recours à l'isolement aussi faible.

Or, les contrôleurs ont été informés d'un projet de restructuration du pôle, prévoyant des suppressions et remplacements de postes. L'impact de cette réorganisation n'a pas du tout été évalué en termes de maintien de l'accès aux soins et du respect des droits fondamentaux des patients. Du fait de ce projet, cette offre de soins, exemplaire à bien des égards, risque de fortement se dégrader. Ces pratiques mériteraient, au contraire, d'être connues et valorisées, d'autant plus qu'elles confortent le CGLPL dans les recommandations qu'il émet avec constance et démontrent, si besoin était, qu'une prise en charge efficace et respectueuse des droits est possible.

Dès l'issue de sa visite, le CGLPL a saisi le ministre des solidarités et de la santé pour en appeler à sa vigilance sur la nécessité de préserver le fonctionnement du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Chinon et pour l'encourager à mettre en valeur cet établissement qui peut servir de référence pour la diffusion des bonnes pratiques. ».

La CGLPL affirme que soigner sans contention et avec un recours minimal à l'isolement est possible. Nous la rejoignons sur ce point, comme sur bien d'autres. Et continuerons avec les soignant-es engagé-es dans les soins à défendre et améliorer des soins de qualité pour toutes et tous.

SUD REVENDIQUE :

- × RÉPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION PAR LE FINANCEMENT D'UN SERVICE PUBLIC DE LA PSYCHIATRIE DE HAUT NIVEAU**
- × RESPECT DE LA PLURALITÉ DES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES**
- × RESPECT ET VALORISATION DES QUALIFICATIONS DE CHACUN·E DANS LE CADRE D'ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES SUFFISAMMENT NOMBREUSES.**
- × DIMINUTION DRASTIQUE DE L'ISOLEMENT PAR DES MOYENS HUMAINS EN NOMBRE.**
- × ABOLITION DE LA CONTENTION.**
- × DIMINUTION DU TEMPS DE TRAVAIL**
- × RETRAITE À 55 ANS**
- × AUGMENTATION DES SALAIRES.**

FÉDÉRATION SUD SANTÉ SOCIAUX



BROCHURE PSY SEPTEMBRE 2022