

## **POUR UNE PSYCHIATRIE ET UNE SANTE MENTALE DEMOCRATIQUES, DE LIBERTE ET DE DROITS**

*Parler de psychiatrie, c'est parler de liberté, car, qu'on le veuille ou non, quels que soient les débats qui peuvent et doivent se dérouler, à partir de cette proposition fondamentale : la psychiatrie n'existe que du fait que des hommes sont en difficulté sur une problématique de liberté.*

**Lucien Bonnafé, Dans cette nuit peuplée, 18 textes politiques, Paris, Ed. Sociales, 1977**

### **L'aggiornamento néolibéral de la psychiatrie**

Après des décennies de créativité, la psychiatrie publique est à nouveau confrontée à un brutal aggiornamento. Succédant à la résistance aux dérives totalitaires des nationalismes du 20<sup>ème</sup> siècle, son mouvement de lutte contre l'exclusion asilaire et carcérale, son développement hors des murs d'enfermement, ses avancées thérapeutiques institutionnelles médicales et psychologiques, s'étaient jusqu'alors prolongés dans l'accompagnement des patients dans leur vulnérabilité, leur précarité, vers l'accès à un logement, à un travail et à un minimum de ressources dignes, dans un engagement vers ce que Franco Basaglia nomme les « besoins pratiques » des malades. Cette période semble révolue, bousculée par un déni de la liberté de penser et de pratiquer au nom du paradigme de la science et de la modernité du management de l'entreprise néolibérale. Cela se traduit par des restrictions de l'acte de soigner et l'apparition d'interdictions professionnelles comme celle, récente, des recommandations de l'HAS sur l'autisme qui met au pilori la psychanalyse au nom d'une imposture : son manque d'efficacité en tant que technique individuelle. La maladie est réduite à un handicap évaluable, donnant lieu certes à de nouvelles prestations, mais sur critères administratifs et non de droit, ainsi qu'à des « bonnes pratiques » de prise en charge purement symptomatiques, au détriment du travail subjectif et des liens sociaux collectifs. Dans la pratique, la pleine subjectivité du sujet en souffrance, les réciprocitys humaines qui fondent le prendre soin dans l'accueil et dans la durée se trouvent réduits à l'objectivité d'une simple technique instrumentale. Ces pratiques de maîtrise des coûts et des corps, que Michel Foucault a décrit comme dépassement de la société disciplinaire vers une société de surveillance, tendent à s'inscrire dans un contrôle social généralisé, où l'imprévisibilité du psychisme humain est réprimée. Outre la destruction des services publics, ce sont les droits sociaux fondamentaux, les droits de l'homme et la dignité du sujet qui sont déniés.

Ce paradigme idéologique du résultat par le chiffre et ses diagrammes accompagne concrètement la remise en cause de toutes les valeurs collectives (services publics, protection sociale, accueil inconditionnel, processus démocratiques...), au profit d'entreprises du marché concurrentiel qui tentent une OPA sur le soin psychique. L'évaluation de l'efficacité par catégorie de handicaps marque une aggravation du dévoiement des politiques publiques vers une addition de programmes public-privés et une multiplication des exclusions, opération proclamée politique de santé mentale. Cette politique s'impose aujourd'hui, dans l'Union

Européenne, comme une ample restructuration de la psychiatrie qui vise à désengager l'Etat de sa dimension de régulation sociale, en déplaçant le poids des financements publics vers les collectivités locales, l'associatif et le privé, dans une absurde mise en concurrence entre le soin psychique et son accompagnement social. Il en résulte un brouillage généralisé de la place de chacun, la précarisation généralisée des soignants, travailleurs sociaux, éducateurs qui rejoint celle de la majorité de la population, des patients et leurs familles. Ce « réalisme » politique produit une santé mentale dite « positive » à visée adaptative, sur critères de ressources et d'évaluations de handicaps, qui donnent lieu à des programmes d'insertion et de logements non pérennes et des formes d'exploitation du travail « protégé ». La déficience même doit se faire efficiente. A cette Europe néolibérale qui fait payer la crise actuelle par des politiques d'austérité, faisant endosser aux peuples, à leurs acquis sociaux et démocratiques la responsabilité des banques et de leurs mouvements spéculatifs, doit répondre en psychiatrie comme ailleurs une lutte européenne, de la Grèce au nord du continent.

### **Pour une psychiatrie de désenfermement**

Tels sont les premiers enjeux d'une psychiatrie démocratique refusant l'aggiornamento néolibéral : la lutte contre l'exclusion psychiatrique de l'enfermement asilaire et les multiples exclusions sociales. En France le secteur psychiatrique comme politique généraliste doit être réellement appliqué sur tous les territoires, en rompant avec les nouvelles formes de contrôle social qui risquent de justifier une augmentation du nombre de lits par la maîtrise sécuritaire. Nos acquis sont, à l'inverse, ceux de pratiques institutionnelles de proximité au sein de la communauté. L'hôpital n'est donc qu'un moment du soin, articulé à l'accès aux soins inconditionnel et les moyens de sa continuité, intégré à une psychiatrie d'accueil dont les besoins sont élaborés avec les usagers au plus près de leur environnement. La fermeture des grands hôpitaux psychiatriques centralisés est donc particulièrement d'actualité.

Le soin psychique doit être conçu comme un bien commun, de droit commun, où la contrainte ne peut se faire, en cas d'extrême nécessité, sans l'autorisation et le contrôle du juge civil. Ce contrôle passe par l'audition des patients dans les établissements de soins et non dans des transferts contraints vers les tribunaux. A l'inverse, la loi du 5 juillet 2011 relative « *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge* » rend compte de l'aggiornamento sécuritaire, déjà amorcé par celle du 27 juin 1990. Elle accompagne en effet les restructurations gestionnaires du secteur sanitaire, comme de l'éducation et de l'ensemble de la société, en stigmatisant une « dangerosité » supposée par nature des comportements liés à la souffrance psychique ou déviant simplement de la norme, à travers l'instauration d'une mise en observation contrainte de 72 heures à l'hôpital, l'introduction du soin obligatoire à domicile, et le fichage sans les droits qui devraient l'encadrer. Ces mesures sont dans la continuité répressive des lois de prévention de la délinquance, de lutte contre la récidive et de rétention de sûreté. Si le gouvernement a du intégrer la décision du Conseil Constitutionnel qui exige que le juge des libertés et de la détention autorise la prolongation d'une hospitalisation sous contrainte au 15<sup>ème</sup> jour (encore loin d'une autorisation judiciaire de privation de liberté dès le début de la contrainte comme

dans la majorité des pays européens), ce qui représente une véritable avancée pour les droits des patients, la nouvelle loi maintient l'amalgame historique entre obligation de soin et ordre public (loi du 30 juin 1838 : tutelle du préfet représentant de l'Etat). Son application brutale depuis le 1<sup>er</sup> août 2011 est à la source de multiples difficultés pour des équipes de soins et des tribunaux sinistrés : les multiples formalités entourant cette mesure d'audition du patient par le juge détournent l'attention du fondement sécuritaire de la loi, la généralisation des soins sous contrainte à domicile. Nous exigeons donc l'abrogation des lois du 27 juin 1990 et du 5 juillet 2011.

### **Pour une politique publique de santé mentale correspondant aux besoins**

Il faut mettre en chantier une loi programmatique pour une psychiatrie démocratique qui se construira avec les différents acteurs sanitaires, sociaux, associatifs et politiques. Si le soin psychique est élaboré par les professionnels sur le plan thérapeutique, il s'inscrit dans une politique globale établissant des pratiques collectives fondées sur l'éthique du prendre soin. Une telle loi s'oppose, fondamentalement, au Plan psychiatrie et santé mentale récemment mis en oeuvre qui est un outil politique de destruction du secteur public de psychiatrie, intégré dans un ensemble répressif sous la tutelle du ministère de l'intérieur. Elle rompt avec les atteintes aux libertés individuelles et publiques, portées par les nouvelles pénologies actuelles fondées sur la répression de toute déviance par sa criminalisation, véritables politiques de la peur. Pour l'élaborer nous ne manquons pas d'expériences et de pratiques, avec les acquis de la politique généraliste de secteur psychiatrique et des pratiques anti-asilaires, du rapport Demay de 1982 qui appelle à la promotion d'Etablissements publics de santé mentale s'appuyant sur l'élaboration des besoins et de nouveaux dispositifs comme les Conseils locaux de santé mentale. Ces expériences remettent en cause un cadre centralisé par les ARS et l'administration des hôpitaux, ainsi que l'application attentatoire au soin psychique d'une gouvernance médico-administrative économiste et hospitalocentrée. Elles font apparaître des besoins et une éthique des pratiques : l'accès aux soins et leur continuité se réalisent dans la communauté. Il sont pensés comme une politique d'accueil, de prendre soin et d'hospitalité. L'accès aux soins est libre et gratuit 24 heures sur 24 dans des structures à proximité des lieux de vie quotidiens, et ouvert, en particulier, aux populations précaires qui se multiplient sous l'effet des politiques néolibérales. Cela suppose que la finalité des structures soit reconnue et articulée dans l'action commune, ce qui s'oppose à la substitution des CMP et des centres d'accueil par le développement d'équipes mobiles, pratiques qui rendent compte d'un accès aux soins de plus en plus aléatoire dont le résultat est la multiplication, ces dernières années, des patients à la rue.

Le soin psychique est fondé sur une clinique de l'altérité avec sa dimension relationnelle et sur les approches institutionnelles, dans le respect de la dignité et de l'intégrité du sujet en souffrance. Toute pathologie ou souffrance psychique est évolutive et ne peut reposer sur la prédiction de la récurrence. Il s'élabore, de façon incontournable, dans le respect de l'intimité du patient, en lien avec les tiers. Le travail de soin est basé sur la réciprocité dans l'échange avec le sujet en souffrance et son entourage, à partir des situations de crise. Les dimensions du

social et du culturel, qui fondent tous les liens intersubjectifs, sont les ressources fondamentales qui permettent le repérage d'une psychothérapie possible. Le réseau de soin n'est donc pas une filière standard prévue d'avance, mais une construction avec le patient et les ressources humaines qui l'entourent. La continuité, le temps à prendre, le rôle des tiers en sont les conditions thérapeutiques. Le réseau, cartographie de ressources, représente une proximité essentielle et doit être reconnu comme un outil à financer. Son « évaluation » est d'abord qualitative et ne peut être soumise à de strictes considérations gestionnaires et managériales. Les patients ou leurs représentants doivent donner leur consentement à toute collecte et transmission de données personnelles. Le soin est indépendant des entreprises privées pharmaceutiques et de technologie biomédicale.

Les besoins de financement sont décidés par les Etablissements publics de santé mentale après consultation des Conseils locaux de santé mentale. Les budgets locaux, régionaux, nationaux doivent être individualisés entre soins psychiatriques et actions de santé mentale, et établis comme pour les prises en charge des dépendances au titre d'ayant droit de la sécurité sociale. Nationalement et dans une perspective européenne ils s'intègrent dans une politique de financement garanti des besoins de soins et non de programmes spécifiques à durée limitée, comme la tentative actuelle de généraliser les équipes d'urgence mobiles dans les dispositifs d'accès aux soins permanents. C'est donc des moyens généralistes et pérennes qui sont nécessaires, sous le contrôle des parlements européen et national. Les critères d'évaluation sont non seulement les besoins par habitant mais aussi et essentiellement collectifs, chaque région, ville, commune ayant des besoins spécifiques et des inégalités à combler. Ils s'opposent donc clairement au paradigme managérial qui réduit la gestion publique aux coûts de programmes soumis à la logique capitaliste de « modernisation » de la santé, qui met en place de nouveaux instruments gestionnaires dits « performants » et une technocratie médico-administrative hospitalo-centrique, qui transforme le service public en dispositif concurrentiel avec le privé, et remet la folie entre les mains aseptisées de la science médicale. La traçabilité informatique marginalise les contenus subjectifs et sociaux du soin, et a pour effet de délégitimer les théories psychodynamiques en faveur des neurosciences, aux critères plus comptables. Cette nouvelle gouvernance de la psychiatrie qui s'inscrit dans la loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009, confortée par le récent Plan santé mentale inspiré du rapport d'Edouard Cauty, prône une différenciation dans le financement selon les structures, au détriment d'une réelle continuité des soins, aggravant la sélection par la rentabilité immédiate. Une véritable politique de santé mentale passe donc par l'abrogation de la loi HPST.

### **Pour la promotion des droits et des libertés**

Les associations d'usagers et de familles doivent obtenir une reconnaissance pleine et entière. Promus par la loi du 4 mars 2002 mais loin d'être appliqués, les droits des patients et de leurs proches (ou leurs substituts sociaux et juridiques) doivent être inscrits dans le Code civil, en particulier les mesures de protection qui ne peuvent être que transitoires, liées à l'état psychique du moment. Nous constatons également que le recouvrement de la notion de soin

par celle de handicap psychique risque d'enfermer les patients dans un cadre normatif rigide, tout en répondant à la nécessité de nouvelles ressources pour les familles.

Les patients doivent donc être reconnus dans leurs droits fondamentaux, au même titre que tout membre de la société. Cette reconnaissance repose sur la singularité de chacun et le refus de la sélection, de l'abandon, des violences quotidiennes, en particulier pour les femmes. Elle est à l'opposé de la généralisation de la contrainte et d'une réduction à un statut de consommateur individuel, dont les restes à charge s'aggravent d'année en année (franchises, forfait hospitalier, limitation des ALD...). Les recours se font de droit au juge des libertés à tout moment. Celui-ci a la priorité sur toute mesure préfectorale. Les mesures de contrainte ne peuvent être qu'exceptionnelles et donner lieu à un droit à l'oubli après 2 ans. Un observatoire des pratiques doit être mis en place, en lien avec le contrôleur des libertés, pour tout recours éthique et technique. Ces droits sont essentiels pour tous ceux qui cumulent les exclusions de la vie sociale et du droit commun pour être renvoyés vers l'action caritative avec ses nouveaux lieux de relégation (asiles médico-sociaux, CHRS...). Les nouvelles classes dangereuses relèveraient de l'urgence sociale, et sont stigmatisées par leurs « réactions thérapeutiques négatives », quand on préfère « rester malade que tomber guéri » (J-B. Pontalis). Ces dérives viennent évidemment alimenter les pratiques sécuritaires (chambres d'isolement, traitements injectables, fermeture des services, vidéo-surveillance), « dangerous methods » lourdes de régression éthique qui sont dans la lignée des politiques sécuritaires gouvernementales. La recherche de sécurité face à la « dangerosité » du seul patient est un retour en arrière considérable car elle clive l'acte dangereux de ses motivations psychosociales en réduisant la totalité du sujet à l'objectivité de son acte. Cette régression historique se retrouve dans la situation des prisonniers présentant des troubles mentaux, qui appelle des réponses thérapeutiques spécifiques et une réforme du système pénitentiaire, bien mal engagées avec la création avant tout sécuritaire d'UHSA dans les hôpitaux et d'UMD supplémentaires.

Les professionnels du soin, tels que les praticiens du service public, sont indépendants comme corps constitués, tant dans leurs pratiques que dans leurs formations. Leur recrutement, leur carrière et leur retraite reposent sur un statut national garanti par l'Etat. Cette indépendance suppose que chaque soignant se définisse comme intervenant de secteur, ce qui s'oppose à la situation actuelle : la référence n'est plus le sens du métier mais un profil de poste ciblé sur telle ou telle activité, le temps du soin est réduit à celui d'un protocole, le soin est un processus à flux tendu, déshumanisé avec des personnels instrumentalisés en variable d'ajustement budgétaire. Les ordres professionnels actuels sont inaptes à éviter cette dénaturation des métiers du soin : la déqualification (les infirmiers sont remplacés par des aides soignants, les soignants par des travailleurs sociaux ou associatifs, etc.), la mobilité « bouche trou » et le glissement des tâches d'accompagnement, et de leur financement, vers le social, le médico-social et le privé, deviennent la règle. Des formations généralistes de qualité doivent contrer les formations actuelles au rabais, d'adaptation à ce morcellement des tâches et des qualifications (tutorat infirmier, instrumentalisation des pairs-aidants, etc.).

La question de l'insertion sociale est liée à cette démarche globale et dépend étroitement d'une protection sociale fondée sur la solidarité, et de toutes les créativité culturelles. La lutte contre les exclusions en est aujourd'hui un élément majeur qui mobilise la santé, l'action sociale, le logement, l'éducation, le travail, la culture et l'accueil des immigrations... Son financement doit être une priorité nationale. La psychiatrie est l'affaire de toute la société et non des seuls professionnels. Sa place dans la politique sanitaire et sociale est donc essentielle. Elle est avant tout un service public, en opposition avec les tentatives des gouvernements européens actuels d'en faire un marché privé fondé sur « un niveau de soins selon ses moyens ».

### **Conclusion : vers une alterpsychiatrie**

Ces propositions s'inscrivent finalement comme une perspective de résistances concrètes quotidiennes, une désobéissance civile politique, consistant à refuser par exemple de donner un avis ou de saisir des données sans avoir eu un entretien avec le patient, de recourir à une « visio-surveillance » persécutive, de procéder à des soins forcés à domicile. Elles ouvrent un débat éthique entre professionnels et représentants des patients et des familles, défi qui s'oppose au corporatisme rampant actuel, et dont le milieu a déjà l'expérience avec l'élaboration du rapport Demay en 1982 : des échanges larges entre syndicats, équipes de soins représentatives des pratiques dans leur diversité, associations diverses, avaient permis d'explicitier les contenus du soin et les possibles dispositifs innovants. La démocratie réelle nécessite une véritable confrontation entre usagers, professionnels, acteurs du social et politiques.

Ces propositions sont autant de jalons de la transition vers une autre psychiatrie qui ne pourra se développer si des financements adéquats et spécifiques, selon des critères sociodémographiques ne sont pas au rendez-vous. La psychiatrie est au carrefour de l'ensemble des politiques publiques, que ce soient celles de la santé, de l'éducation, de l'action sociale et du logement, de la justice, du droit au travail et à l'emploi, de la culture et du développement. En lien avec les luttes organisées par les professionnels, les usagers, les militants des droits de l'homme, il s'agit à travers le développement des droits de remettre en cause le statut d'exception du « fou » et de son enfermement. Nous refusons que la psychiatrie et la santé mentale soient embrigadées comme faisant partie des polices de la société.

Jean-Pierre Martin