

CONTRIBUTION AU PLAN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE 30 JANVIER 2012

Un projet de plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 a été proposé par la DGS et sera soumis au Comité d'Orientation le 26 février prochain.

La Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, AGAPSY et le Réseau Galaxie qui ont participé à ces travaux, constatent d'abord que ce plan, annoncé initialement comme un texte court proposant quelques orientations, égrène en lieu et place pour la psychiatrie et la santé mentale une litanie de bonnes intentions et de vagues propositions organisationnelles de nature administrative. Dès le préambule, il est évident que manque un axe central organisateur. De ce fait, ce texte est caractérisé bien plus par ses impasses que par les propositions qu'il contient.

Le manque le plus criant est la non-reconnaissance du profond malaise que connaît le champ de la psychiatrie. Si les responsabilités sont partagées, une des raisons majeures de cette situation est la conséquence du complet désintérêt de cette discipline par le ministère de la santé depuis pratiquement 20 ans. Nous avons vu passer nombre de rapports, mais aucune direction n'a vraiment été donnée pour ajuster la politique de secteur aux évolutions du monde de la santé (et du monde tout court). Le premier plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, qui avait généré quelque espoir, n'a été réalisé que très partiellement et dans une confusion totale, liée en particulier au fait que très rapidement, la loi HPST a été utilisée parallèlement pour liquider tacitement l'héritage spécifique de la sectorisation psychiatrique.

Dans les préambules, il eût été pertinent que l'on rappelle d'abord ce qu'est la psychiatrie, ni une discipline médicale banale tant elle touche à des questions essentielles sur ce qu'est l'homme, ni une pratique sociale, même si elle s'inscrit dans le champ à la fois de la médecine et du social. Elle s'étaye sur des savoirs multiples alliant la psychopathologie, les neurosciences, les sciences humaines et la psychanalyse, la pédagogie, la sociologie. Il est de plus fondamental de récuser l'amalgame que font certains entre psyché et cerveau. Il fallait également rappeler sa dimension relationnelle, qui implique un engagement personnel des soignants et de tous les acteurs participant à l'accompagnement des personnes confrontées à des troubles psychiques. Si l'on constate que le mot qualité est utilisé à plusieurs reprises dans ce texte, ce n'est que pour parler de procédures et non d'une dimension essentielle qui est celle de l'accueil de ces personnes avec sa dimension intersubjective, quelles qu'en soient les circonstances.

Dans un contexte économique que personne n'ignore, aucun engagement n'est pris dans ce plan pour modifier vraiment le cours de choses. L'incantation ne suffit pas. On peut ainsi évoquer la collaboration avec les autres professionnels de santé mais il ne s'agira

que d'un vœu pieux si rien n'est fait pour harmoniser la densité médicale et paramédicale sur l'ensemble du territoire, ne serait-ce qu'au nom de l'équité républicaine. Comment accepter qu'il y ait des secteurs quasiment découverts alors même que notre pays dispose d'une densité de psychiatres qui est l'une des plus élevées du monde ?

Sans vouloir être exhaustifs, nous soulignerons un certain nombre de points.

1. Redéfinir le concept de secteur psychiatrique

Comme l'a souligné la Cour des Comptes, le ministère de la Santé n'a reconnu à la psychiatrie, dans la loi HPST, qu'une seule mission de service public : *la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement* ». Nous ne pouvons donc que nous féliciter que le plan redécouvre la nécessité de redéfinir une mission de service public de proximité. Cela dit, cette mission ne peut se limiter au « *devoir des équipes soignantes d'aller au-devant de toutes les personnes qui ont besoin de soins* ». Si cette dimension est essentielle et devrait répondre aux besoins exprimés par les familles qui attendent des équipes mobiles, rien n'est dit sur le rôle de pivot du CMP.

La FASM Croix-Marine, AGAPSY et le Réseau Galaxie rappellent que le secteur correspond avant tout à une équipe de proximité permettant de garantir la continuité des soins, face à la discontinuité induite par la maladie mentale, mais aussi d'assurer l'accompagnement au long cours, en cohérence et en complémentarité avec les dispositifs médico-sociaux et sociaux, de pathologies volontiers chroniques, au sein d'un territoire donné mettant le patient au cœur du dispositif.

Nous estimons qu'il est urgent, en particulier du fait de la loi HPST, de redéfinir aujourd'hui le secteur psychiatrique, aussi bien dans ses découpages (qui datent souvent de la France des années 60 et qu'il convient d'articuler avec les territoires de santé), que dans ses missions en précisant ce qui revient au niveau immédiat de proximité et ce qui peut être organisé à un autre niveau (comme l'on a commencé à le faire avec les unités intersectorielles), voire à un niveau régional (comme cela est le cas pour les CMPR). Il s'agit également de réaffirmer qu'il s'agit là de soins et non d'une organisation administrative et que la responsabilité de ces différents niveaux de soins relève d'abord du médical.

Il est également nécessaire de prévoir un cadre permettant d'inscrire les coopérations entre les soins proprement dits et les dispositifs médico-sociaux. Mais quelles que soient les modalités retenues par les ARS, il est essentiel que celles-ci garantissent la continuité nécessaire entre le temps hospitalier et le temps ambulatoire contrairement à ce qu'avait proposé le rapport Couty.

Le plan psychiatrie et santé mentale évoque à peine la situation de la psychiatrie infanto-juvénile qui a su développer une réelle pratique de partenariat avec tous les acteurs du monde de l'enfance et qui est aujourd'hui en grande difficulté du fait de son engorgement jusqu'à mettre en question la qualité des soins qu'elle peut dispenser.

2. Répondre à la dimension du handicap psychique.

La loi du 11 février 2005 a permis de reconnaître que les patients psychiatriques étaient souvent en situation de handicap et de développer des outils nouveaux comme les SAVS, les SAMSAH ainsi que la véritable innovation que représentent les GEM. Cela dit, le plan donne une définition tronquée du handicap psychique en mentionnant que « *celui-ci était lié à l'altération de certaines capacités individuelles induite par des troubles psychiques importants et persistants* », alors même que selon le texte de la loi 2005-102 qui fait référence à la CIF, le handicap est lié avant tout aux obstacles que met l'environnement à la participation. Cela n'est pas étranger à la stigmatisation dont font l'objet ces personnes. Mais si ce plan manifeste des intentions louables sur ce point, et parle même de changer l'image négative de la psychiatrie, il passe totalement sous

silence les raisons qui ont induit les défoulements de nombreux médias sur une nouvelle « *figure de l'ennemi public* » que représente le schizophrène dangereux.

La réhabilitation psycho-sociale est une manière de réduire, voire de prévenir la dimension du handicap, mais il s'agit d'une démarche qui suit, éventuellement accompagne les soins, mais ne doit pas être confondue avec les soins eux-mêmes, comme certains le préconisent où les soins sont réduits à des procédures d'apprentissage des habiletés sociales.

3. Revoir la loi du 5 juillet 2011

Une des premières choses à faire est de revoir totalement la loi récente du 5 juillet 2011, construite sur une logique sécuritaire qui présuppose que tout patient est susceptible de troubler l'ordre public et est traité comme tel. Ainsi, la comparution devant le juge, qui devrait être le garant des libertés individuelles, donne trop souvent au patient un statut de délinquant. Cette loi, compromis bureaucratique mal bâti entre des injonctions contradictoires, n'atteint aucun des objectifs qu'elle s'était assignée en matière de soins en situation aiguë et entraîne une application tatillonne qui constitue une régression en matière de liberté publique pour les patients concernés sans répondre à l'angoisse de leur environnement, familial notamment.

Comment l'application de cette loi, avec le recours de plus en plus fréquent à la force publique, à l'isolement, à la contention physique et chimique, à la restriction de la libre circulation, pourrait-elle aboutir à une amélioration des représentations sociales et à une déstigmatisation de la folie comme le proclame le plan ?

4. Le soutien à la citoyenneté

La dimension citoyenne nous apparaît en revanche absolument indispensable à promouvoir. La réussite des GEM est un fait et leur développement doit être considéré comme une nécessité. Il en est de même des SAVS et des SAMSAH dont la recherche action menée récemment à l'instigation de la CNSA a montré tout l'intérêt.

La reconnaissance que la psychiatrie seule, ne pouvait et n'avait pas à apporter toutes les réponses à la vie quotidienne des patients, par exemple en matière de logement ou d'accompagnement au quotidien, constitue un progrès certain. Si la conjonction du développement des ateliers santé-ville, des conseils locaux de santé mentale et de la loi 2005-102 a conduit à une implication des collectivités locales, dans le développement des SAVS, il ne faudrait pas pour autant que l'Etat se désengage au profit de ces collectivités et que l'on passe d'une logique de la complémentarité à celle d'une substitution du fait d'une défaillance des structures soignantes extra-hospitalières.

5. La question du logement et de l'accès à l'emploi

Ce nouveau plan psychiatrie et santé mentale n'apporte guère de réponses concrètes à la question particulière du logement sur laquelle le rapport de la Cour des Comptes s'est montré pourtant très critique. Les objectifs affichés dans le plan précédent n'ont pas du tout été réalisés du fait d'une absence de financement. De plus, on assiste à une diminution du nombre de places du fait d'une absence de soutien, voire de destruction des associations de proximité qui gèrent des appartements associatifs, par la diminution ou la suppression des subventions de fonctionnement dont elles bénéficiaient. Il ne suffit pas non plus de déclarer que les résidences accueil sont une réponse pertinente alors qu'aucun crédit fléché n'est alloué pour leur réalisation.

Concernant l'accès à l'emploi, on trouve là encore un discours incantatoire sans aucune proposition concrète, alors même que sept recommandations ont été faites par l'IGAS. Comment affirmer des intentions sans donner aucune perspective sur la création d'ESAT

dédiés au handicap psychique, de structures d'insertion en milieu ordinaire de travail et l'apport de l'économie sociale et solidaire qu'il faudrait encourager ?

6. Pour une vraie qualité versus démarche qualité

Ce plan, qui s'inscrit bien dans le paysage de ce temps où les impératifs de la gestion pèsent quotidiennement sur les professionnels au point d'entraver leur travail, ne pouvait pas ne pas parler de la démarche qualité, importée du monde marchand. Or, avec le recul de plus de 10 ans désormais, on ne peut que faire le constat que l'inflation de la protocolisation induite par cette politique a conduit à une déresponsabilisation des professionnels, une démotivation et un sentiment, là encore, d'envahissement bureaucratique qui ne produit nullement une véritable qualité des soins. A contrario, la dimension institutionnelle du travail caractérisé par le partage d'une réflexion quotidienne sur les pratiques apparaît aujourd'hui totalement ignorée au profit de procédures qui empêchent souvent les professionnels de penser. De plus, l'obsession de l'activité et de la Durée Moyenne de Séjour conduit à la mise en œuvre d'une politique de la porte tournante qui ne favorise en rien la qualité et la continuité des soins et participe à la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiques chroniques et de la psychiatrie.

Préconiser la bientraitance, comme le fait le plan, pourquoi pas ! Mais celle-ci ne peut être le fruit de procédures normées et opposables, ni de l'élévation des murs d'enceinte et de la fermeture des portes, comme cela a été préconisé récemment par une des seules circulaires récentes concernant la psychiatrie. Ce dont on a besoin, ce sont de professionnels correctement formés, respectés et qui bénéficient de temps suffisants pour penser leur pratique, que celle-ci se déroule dans un service hospitalier, une unité sectorielle ou une structure d'accompagnement médico-sociale.

7. La formation

L'importance de la formation est réaffirmée mais chacun peut faire le constat que la formation en psychiatrie est le parent pauvre de la formation universitaire, quels que soient les professionnels concernés, et qu'elle se cantonne le plus souvent à une clinique comportementale sur le modèle nosographique du DSM, réductrice, car elle ne prend pas ou peu en compte les apports des sciences humaines.

La place éminente de la Haute Autorité de Santé est rappelée en matière de protocoles de soins et de bonnes pratiques mais nombre d'exemples récents (Alzheimer et autisme en particulier) montrent que ce n'est pas une garantie d'indépendance et de rigueur clinique et thérapeutique. Il en va de même en matière de formation à la pharmacologie pour les jeunes professionnels encore trop souvent dépendants de l'information dispensée par les firmes pharmaceutiques.

Nous approuvons l'encouragement promis pour les dispositifs de formation croisés que nous n'avons cessé de préconiser et même d'organiser et nous attendons les conséquences concrètes de ces encouragements pour construire cette acculturation réciproque que nous avons vu fonctionner dans un certain nombre de SAMSAH et qui est nécessaire au développement d'un véritable travail en réseau.

En conclusion, si ce « Plan Psychiatrie et Santé Mentale » était attendu par les professionnels depuis l'instauration de la loi HPST et, de leur côté, par les usagers et leurs familles, il ne peut que décevoir les attentes des uns et des autres. Les impasses du plan, tel qu'il est actuellement conçu, ne peuvent que maintenir des inquiétudes : les interrogations concernent son financement dans le contexte économique actuel et sa volonté clairement affichée de s'inscrire dans une logique globale de démantèlement de l'hôpital public et d'une mise en concurrence des associations contraintes de plus en plus souvent de n'être que des opérateurs à l'autonomie et l'initiative réduites.

Ce que nous souhaitons, c'est un engagement affirmé de l'Etat à prendre enfin en compte ce champ, qui ne semble exister qu'à l'aune de ce que sa négligence coûterait à la nation. Nous attendons des décisions qui répondent aux impasses actuelles. Elles nécessitent une véritable loi d'orientation permettant une coexistence non destructrice avec la loi HPST.

La FASM Croix-Marine, AGAPSY et le Réseau Galaxie souhaitent une réelle concertation avec les acteurs des divers champs s'occupant de la souffrance et du handicap psychiques et attendent du Ministère qu'il impulse une nouvelle dynamique, comme lors de la création du secteur psychiatrique qui a été le résultat d'une alliance entre des fonctionnaires au service de l'Etat et des professionnels mobilisés pour changer le paysage de la psychiatrie.

Cinquante plus tard, la santé mentale a besoin d'un même engagement pour aborder une nouvelle étape au service d'une société dont il faut reconstruire le sens du vivre ensemble.

Pour la FASM CROIX-MARINE

Pour AGAPSY

Pour le Réseau Galaxie

Dr Bernard DURAND
Président

Mme Marie-Claude BARROCHE
Présidente

Mme Christine JOLY
Présidente

Contact : 0145 96 06 36