

**Union Syndicale de la psychiatrie,
SUD Santé Sociaux Nord Pas de Calais
Appel des 39 – La Nuit Sécuritaire,
Collectif Refus de la Politique de la Peur**

**Les interventions de la journée débat du
Vendredi 15 janvier 2010 - LILLE
Maison Folie Wazemmes**

**Soins psychiques et indépendance professionnelle
Journée de défense de la psychiatrie de service public**



Union Syndicale de la Psychiatrie, SUD Santé Sociaux Nord Pas de Calais
Appel des 39 – La Nuit Sécuritaire, Collectif Refus de la Politique de la Peur

Vendredi 15 janvier 2010 - LILLE - Maison Folie Wazemmes

Soins psychiques et indépendance professionnelle
Journée de défense de la psychiatrie de service public

LES TEXTES

L'embourbement dans l'idéologie néolibérale, dans la nouvelle gouvernance du système de santé (plan hôpital 2007 et loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire), dans la politique sécuritaire toujours en développement (quels qu'en soient les résultats) trouble, décourage, désespère nombre de soignants. D'autres y trouvent leur compte. L'opposition et la résistance que nous agissons à des titres divers rencontrent désormais de la répression, du harcèlement, une volonté d'écrasement des professionnalités. Deux affaires récentes en témoignent :

Le Dr Pierre Paresys, ancien président de l'Union Syndicale de la Psychiatrie, psychiatre chef de service depuis 15 ans, n'est pas renouvelé dans ses fonctions pour avoir critiqué les choix de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord, pour son combat contre la loi dite Bachelot, pour sa lutte pour poursuivre la politique de secteur.

La campagne diffamatoire menée par le lobbying d'une association de parents d'enfants autistes, Léa pour Samy, contre le Professeur Pierre Delion, la psychanalyse et la psychiatrie. Sa réponse, « Proposition pour une défense des soins psychiques. Lettre ouverte aux parents d'enfants, d'adolescents et d'adultes autistes, à leurs professionnels éducateurs, pédagogues et soignants », inspire aussi notre initiative régionale.

Le soin psychique est fondamentalement référé au corps, à l'environnement et au lien social, permettant une approche globale de la personne et du sujet. Il ne saurait donc être réduit à une connaissance biologique et à une prédiction génétique, à une thérapie comportementale, à une éducation normative, voire à un dressage ou à une réinsertion de maintenance.

Le soin psychique est par définition l'objet de conflictualités à mettre en mots, de pratiques fondées sur la réciprocité éthique entre sujets. Il est une pratique de l'entre deux qui ne peut se réduire à des impératifs gestionnaires et à des évaluations de conformité aux normes d'une « psychiatrie industrielle ». Cette dernière est une hypothèque sérieuse. Cette situation appelle, non seulement à réagir, mais aussi à sensibiliser l'opinion, tout particulièrement les associations de patients et de familles, au soin psychique répondant aux besoins dans le respect de la dignité des personnes. Nous devons inviter également à ces débats les organisations de défense des droits de l'homme : La psychiatrie se doit d'être démocratique, répondant au droit à la santé et à ses missions de service public et non agent de l'ordre policier ou du contrôle social.

Claude LOUZOUN

sommaire

Claude Louzoun Argument	p. 1
Interventions	
Olivier Sergent , <i>directeur de la Maison Folie Wazemmes</i> Vladimir Nieddu , <i>responsable régional Sud Santé sociaux</i> Le pourquoi de la journée de défense de la psychiatrie publique, que nous avons intitulée : « <i>soins psychiques et indépendance professionnelle</i> »	p. 4
Pierre Paresys , <i>psychiatre « ex » chef de service</i> , Que s'est-il passé à l'EPSM Flandres en 2009	p. 6
Michael Guyader , <i>psychiatre chef de service, Essonne</i> Cheminer avec le patient au long cours (<i>texte non communiqué</i>)	
Anne-Marie Leyreloup , <i>SERPSY, Paris</i> , Jean Vignes , <i>Sud santé sociaux, Toulouse</i> Les fondamentaux de la pratique soignante en secteur psychiatrique	P. 11
Jean-Pierre Martin , <i>psychiatre, Paris</i> , Accueil et crise en psychiatrie de secteur	p. 14
Patrick Chaltiel , <i>psychiatre chef de service, Bondy (texte non communiqué)</i> Jean Furtos , <i>psychiatre chef de service, directeur de l'ONSMP, Lyon</i> , La psychiatrie face à la précarité et à la souffrance sociale (<i>texte non communiqué</i>)	
Paul Brétecher , <i>psychiatre Corbeil-Essonne</i> Psychiatrie de secteur et dignité du patient	p. 16
Bernard Durand , <i>psychiatre, président de la Fédération Croix-Marine</i> Patient, usager, handicapé psychique : catégories ou allégorie.	P. 20
Gilles Devers , <i>avocat, Lyon</i> Droits du patient et indépendance professionnelle, la jurisprudence européenne. (<i>texte non communiqué</i>)	
Claude Louzoun , <i>psychiatre, Hauts de Seine</i> Droits fondamentaux de la personne et éthique professionnelle soignante : Quelques considérations à propos de l'obligation de soin.	P. 25
Christian Laval , <i>sociologue, directeur adjoint de l'ONSMP, Lyon</i> Regards croisés sur les professionnalités en psychiatrie et en santé mentale.	P. 29
Pierre Delion , <i>professeur de psychiatrie, Lille</i> Enjeux cliniques et professionnels du travail en psychiatrie de service public.	P. 32

SOIR : Interventions artistiques

Association « arimage » (promouvoir des activités artistiques et culturelles pour les usagers des secteurs de psychiatrie de l'Essonne)

CATTP « La Villa » -10, rue du Bas Coudray – 91100 Corbeil-Essonnes

Tél : 01 60 90 77 76 cattp.lavilla@ch-sud-francilien.fr

Lectures de textes

Compagnie La vache bleue :

Typologie de la Manifestation : Entre-sort comique et militant

De et avec : Frédéric Legoy et Jean-Christophe Viseux / Photos : Frédéric Legoy

Présenté par un conférencier décalé, et en proie à sa volonté obsessionnelle d'ordonner et de construire une typologie, **"Typologie de la manifestation"**, au delà de son caractère comique et divertissant, est une étude attentive et bienveillante de la manifestation, de ses codes et de ses rites (drapeaux, banderoles, couleurs, mouvements...). Et comme dans chaque tentative de typologie, le sujet tend à s'échapper et à sortir du cadre dans lequel on entend le fixer..

Le détournement de sens s'inscrit comme l'un des axes de travail de la compagnie, déjà exploré dans deux autres spectacles de la compagnie, *"Parcours conté"*, spectacle de rue déambulatoire et *"4L, le petit musée mobile de Gilbert"*.

Les 99 images projetées sont puisées dans une collection de plusieurs centaines de clichés réalisés depuis 10 ans par le projectionniste et photographe, Frédéric Legoy, mais aussi dans une série de clichés plus anciens... Diffusées en parallèle, par les deux projecteurs, les images se répondent et s'articulent entre elles révélant des sens nouveaux.

Nos remerciements vont à Olivier SERGENT, directeur de la Maison Folie de Wazemmes, ainsi qu'à Isabelle PENARD et à toute l'équipe de techniciens, pour leur accueil et leur soutien.

Vladimir Nieddu
Responsable régional SUD Santé Sociaux

Le pourquoi de la journée de défense de la psychiatrie publique,
que nous avons intitulée : « *soins psychiques et indépendance professionnelle* »

Deux faits ont inspiré notre journée :

La répression subie par Pierre Paresys, ancien président de l'Union syndicale de la Psychiatrie qui n'a pas été renouvelé dans ses fonctions de médecin chef pour avoir critiqué les choix de l' ARH 59 62, pour son combat contre la loi Bachelot, pour sa lutte pour poursuivre la politique de secteur,

La campagne diffamatoire, de lobbying d'une association de patients autistes, Léa pour Samy contre le professeur Pierre Delion, la psychanalyse et la psychiatrie.

Cette journée proposée par l'Union Syndicale de la Psychiatrie, Sud santé sociaux, l'appel des 39- la nuit sécuritaire, le collectif « Non à la politique » de la peur ne saurait se réduire à ces composantes. Nous la souhaitons la plus unitaire possible, nous souhaitons l'expression de la pluralité des points de vue car nous refusons les simplifications, les réponses toutes faites, bref l'expression simpliste d'un monde complexe.

La psychiatrie est malade, elle est aux abois :

Elle est coincée entre la gestion comptable du système de santé et la perspective de sa transformation en gardienne de l'ordre social, de l'ordre sécuritaire.

Elle est à l'instar de tout le champ sanitaire et social le sujet de profondes contre réformes, de privatisation, d'un « new management » pétri de novlangue.

Elle est engoncée dans les protocoles, les évaluations de qualité, les normes ISO, et **toute une procédure comptable et gestionnaire** qui de pôle en conseil de surveillance, de tarification à l'activité en EPRD est pétrie de contraintes à l'économie et rationnement au détriment de la dimension thérapeutique relationnelle.

La « psychiatrie industrielle » veut tourner la page du secteur et de l'irrigation de la prise en charge dans la cité au profit de vastes territoires, elle veut tourner la page **des batailles désaliénistes issues des luttes** de la Résistance et du renouveau de la fin des années 60 particulièrement en Italie.

La psychiatrie industrielle place au cœur de son projet **le traitement chimique, la soumission aux trusts pharmaceutiques** et le regroupement des pathologies, le placement de 72 heures à « *l'égard des personnes dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public* »

Le pouvoir obsédé par une refondation idéologique de la société française et hanté par une réponse sécuritaire aggravée à chaque période électorale, multiplie les injonctions à l'enfermement, produit sans cesse des textes sécuritaires.

Les idéologues, assureurs privés, trusts pharmaceutiques qui inspirent le gouvernement expliquent que seul le marché libre où chacun achète selon ses moyens permet d'assurer l'adéquation entre l'offre et la demande solvable, et seule la concurrence permet d'obtenir la qualité au moindre coût.

Nous refusons quand à nous toute perspective de marchandisation du soin et de l'action sociale, nous rejetons toute perspective de privatisation. Nous refusons de nous en remettre à la rationalité du marché et aux bienfaits de la concurrence pour défendre ce bien commun qu'est la santé.

Nous refusons le cadennassage de la souffrance psychique et de la souffrance sociale par la surveillance généralisée, le fichage informatique ou génétique, l'enfermement et la répression de toutes les personnes considérées comme déviantes.

Nous croyons que la construction d'un vivre ensemble où chacun puisse avoir a la chance de s'épanouir, où chacun a sa chance de vivre en **sujet** de son « **propre bien-être physique, psychique et social** », est à l'antipode du projet des nouveaux chantres du libéralisme qui voudraient réduire la condition humaine à celle **d'objet de profit, d'exploitation ou de relégation**.

La construction de ce Bien-être physique, psychique et social, qui demeure un des dix points de la définition de la santé actée il y a 32 ans à Alma Ata, **est le sujet du débat d'aujourd'hui**. Il n'y a pas de séparation possible entre bien portants et malades dans ce projet universel.

4 pistes pourraient être explorées aujourd'hui :

- **Le prolongement de la réflexion sur nos pratiques professionnelles**, et leur métamorphose sous l'amas des « réformes » déjà réalisée et de celles qui sont en cours dans le champ de la psychiatrie, de la santé et de l'action sociale..
- **L'échange transversal sur des luttes en cours** dans le champ de la santé et particulièrement de la psychiatrie, le champ des libertés publiques.
- **La contribution à la résistance à l'air du temps** : la dictature comptable de restriction des dépenses de santé, et la contre révolution idéologique qui voudrait que tous les fous, les malades soient un danger potentiel pour l'ordre social.
- **Notre contribution à la convergence de toutes** initiatives de toutes celles et ceux qui n'entendent pas que l'avenir de la santé soit pavé de marchandisation, de profit, de ségrégation, de sécuritaire, **de toutes celles et tous ceux qui comptent actualiser**, qui comptent engager le combat en défense de la santé publique et d'une psychiatrie désaliéniste.

Pierre PARESYS

Psychiatre « ex » chef de service, Lille

Que s'est-il passé à l'EPSM des Flandres en 2009 ?

Nous avons défendu des pratiques, la politique de secteur, l'accès aux soins pour tous, des moyens pour les mettre en oeuvre et ne pas sombrer dans le sécuritaire, etc. Cela, nous l'avions déjà fait, comme d'autres, et nous le ferons encore, comme d'autres je l'espère.

Le fait nouveau n'est donc pas là, mais dans la violence de la contre attaque, violence encore artisanale de la nouvelle gouvernance puisqu'il s'agissait de couper une tête, violence qui précède celle industrielle de la Loi HPST puisque celle-ci a coupé d'un seul coup toutes les têtes en supprimant tous les services-secteurs et par la même occasion leurs chefs. Ceux qui pensaient pouvoir se protéger en déplaçant quelques virgules de la loi en sont pour leurs frais. La politique de la peur à l'échelle industrielle est à l'oeuvre.

La mobilisation de l'ensemble des personnels de l'EPSM contre un EPRD (budget) insuffisant, rejeté une première fois par le Conseil d'administration, et contre le déni de démocratie que constituait le nouveau vote sur les mêmes bases, a trouvé sa réponse : sans démocratie, il n'y a plus de déni de démocratie.

Le directeur avait parfaitement anticipé la loi (pour ce qui concerne la démocratie), et donné une parfaite leçon de management participatif, technique qui permet une authentique sensation de codécision. Pour le directeur le plus grave danger étant de se tirer une balle dans le pied, il s'agissait de favoriser le suicide assisté du conseil d'administration pour éviter toute souffrance liée au sentiment d'impuissance.

Le conseil d'administration a voté l'EPRD, et les élus étiquetés à gauche nous ont dit que certes ils étaient de gauche, mais qu'ils étaient des gens responsables.

Les personnels, médicaux ou non, des services publics ne sont pas des gens responsables. Ils dépensent trop et mal, ils coûtent trop cher ; il faut donc les encadrer et encadrer leurs pratiques. Le PMSI en était la première pierre. Même si la violence des derniers gouvernements, et plus particulièrement du ministère actuel de la santé, à l'égard des services publics est sans commune mesure avec les gouvernements précédents, ce sont les mêmes arguments qu'ils utilisent pour servir leur propagande auprès de la population, sans oublier la notion de pouvoir médical auquel les associations de patients sont très sensibles. Pour la psychiatrie, le sécuritaire, au nom d'un possible risque 0 reste le meilleur argument avancé pour soumettre les psychiatres et instrumentaliser la psychiatrie.

La nouvelle gouvernance, trop artisanale, n'aurait donc pas atteint ses objectifs. La suppression de tout lieu de débat, du pouvoir des élus, la soumission statutaire des médecins à un seul patron-directeur réduit lui-même à la fonction de chef comptable soumis à l'ARS et à Bercy était donc indispensable : La T2a, la convergence tarifaire, la Vap-rimpsy pour la psychiatrie sont à la fois les outils de cette dérive comptable et un excellent moyen de formatage des pratiques. C'est là me semble-t-il le moyen le plus redoutable et incidieux d'atteinte à l'indépendance professionnelle de tous les acteurs.

La "maîtrise des coûts" et la sécurité sont les principaux piliers de la propagande destinée à la population et largement relayée par les médias. C'est cette propagande jusqu'à présent plutôt efficace qu'il nous faut démonter.

La loi HPST est une machine de guerre contre l'hôpital public et sa vocation d'assurer, sans condition de ressources, des soins de qualité pour tous les usagers. L'organisation des structures sanitaires et des soins qui y sont dispensés se trouve assujettie au primat d'une logique comptable, fortement contrôlée hiérarchiquement par l'administration et sans contre-pouvoir. Parce qu'il écarte délibérément la priorité de la dimension médicale et des soins, ce mode d'organisation provoquera inéluctablement une détérioration de l'accessibilité et de la qualité des soins, avec des manques dans la couverture sanitaire et des pertes de chance pour les usagers. Combien de souffrances et de morts se trouvent ainsi programmées ?

Pour être très schématique, si la "prescription" sera bien signée par un médecin, la fragilisation de son statut, voir le contrat pour les autres, les menaces (même indirectes) sur sa carrière lui retireront toute

possibilité de contester un contenu pour une grande partie rédigé par le comptable (directeur), totalement dépendant du chef comptable (ARS) lui-même dépendant de Bercy. Le même comptable imposera le choix de patients et de pathologies rentables (jamais directement mais toujours de façon insidieuse par les variations de dotation ou du coût de l'activité), en psychiatrie la mise en chambre d'isolement sera ainsi encouragée par un financement plus élevé.

La suppression de toutes les instances démocratiques de débat et de consultation : commission médicale d'établissement (CME), conseil d'administration (CA), comité technique d'établissement (CTE) , pour les remplacer par des instances usine à gaz coûteuses et à orientation exclusivement comptable ne permet plus d'empêcher les dérives. La dégradation du service public et ses conséquences sur l'accès au soin sans oublier la baisse de la prise en charge par l'assurance maladie qui amène la population à retarder la demande de soins vont entraîner comme aux états unis un surcoût global financé par les patients et la population au profits des entreprises de santé et de leurs actionnaires, des assurances et de leurs actionnaires, des laboratoires pharmaceutiques. Ce sont ces 3 lobbies que l'on retrouve dans la lutte contre Obama, dans sa lutte pour entreprendre timidement le chemin inverse.

Chaque soignant (médecin ou autre) sera confronté à des conflits éthiques et déontologiques inacceptables et bien évidemment préjudiciables à leur propre état de Santé. Alcoolisme, dépression, suicide, maladroites professionnelles avec ses conséquences (car il est difficile d'être à son meilleur niveau dans ces conditions), démissions culpabilisées (par l'impression de quitter le navire avec les rats et de favoriser ainsi la casse programmée de l'outil "service public de santé).

Comment est-il possible pour des soignants d'admettre que la poursuite de la destruction du dispositif aggrave encore l'exclusion alors que **près de quatre Français sur dix (39%) ont déjà renoncé à un soin, ou l'ont retardé, en raison de son coût** et 85% estiment que leurs enfants ont plus de risques qu'eux de connaître un jour la pauvreté, selon un sondage Ipsos pour le Secours populaire français publié le jeudi 25/09/08.

A cause de l'éloignement géographique, 9% des sondés ont déjà renoncé à une visite chez un généraliste ... Encore un effort et les dysfonctionnements performants (pour coller aux chiffres et aux exigences productivistes) vont désorganiser un peu plus les hôpitaux publics, les rendant déficients et plus chers, plus inaccessibles par le défaut de prise en charge des soins et la distance.

La dégradation programmée du service qui vise à convaincre la population de son incurabilité est la dernière étape avant la fin.

MADAME BACHELOT NE CHERCHE PAS À FAIRE BAISSER LES COÛTS EN DEHORS DE CELUI DE LA SOLIDARITÉ. LA PROPAGANDE RESTE LA PROPAGANDE. La loi Bachelot est une usine à gaz à multiples strates où le contrôle, le fichage et la bureaucratie vont par ailleurs grignoter encore un peu plus la part consacrée aux soins.

Le bon vieux code de déontologie médicale présente dans l'évolution actuelle un caractère révolutionnaire qui doit pouvoir nous être utile :

- Article 7 : (qui traite de l'**égalité et interdiction de toute discrimination**)

le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

- Article 95 : (qui traite de l'**indépendance**)

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises. ou des collectivités où il exerce.

- Article 97 : (qui **interdit norme de productivité et rendement**)

Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

Ceux sont d'ailleurs en partie ces arguments qui ont été mis en avant par le Comité Consultatif National

d'Éthique dans son avis sur la T2A. Mais il est vrai que pour notre président, éthique, déontologie et plus généralement débat contradictoire aboutissent à des avis « éloignés de la vraie vie » : « il en est parfois très choqué » (APM 31/2/2008) ! Et c'était pour lui une bonne raison pour changer profondément le fonctionnement du CCNE. Il est vrai que celui-ci ose émettre des avis sur les orientations actuelles de la politique de santé qui pourraient réveiller les consciences (chut ! Les français dorment, ...). Avis n°101 du CCNE, à propos de la T2A : « en privilégiant la comptabilisation des actes techniques au détriment de l'écoute ou d'examens cliniques longs et précis, elle conduit à considérer comme « non rentables » beaucoup de patients accueillis notamment en médecine générale, en psychiatrie, en gérontologie ou en pédiatrie ».

Peut-on comme c'est le cas depuis de nombreuses années se contenter d'une application passive de ce code, où les médecins, au fond de leur service ou de leur cabinet, pourrons continuer à penser qu'ils traitent tous les patients avec la même conscience professionnelle alors qu'ils auront laissé s'organiser une sélection et une discrimination de plus en plus grande sur le chemin qui mène à eux. L'indépendance professionnelle c'est donc aussi se soucier de l'égal accès aux soins pour tous.

Récemment (début décembre) en psychiatrie de liaison à l'hôpital général, on m'a demandé de rencontrer une patiente ; il s'agissait d'une agricultrice admise pour une Phlébite. Elle présentait par ailleurs un cancer mammaire évoluant depuis 6 mois et l'équipe sollicitait une aide pour elle-même comme pour la patiente. Celle-ci apparaissait triste mais il n'en était rien ; elle avait bien compris ce dont il s'agissait. Elle s'exprimait peu. Suffisamment toutefois pour me raconter la découverte de la mastite en juin, la prise en charge de son examen par un médecin remplaçant car le sien était en congé, la série d'examens et le diagnostic. Elle n'aime pas trop les médecins et encore moins se plaindre. Quand elle se rendra compte que la sortie du parcours de soins a entraîné une faible prise en charge de ses soins, elle s'est contentée de ne plus revoir de médecin. Je l'ai rencontrée 2 ou 3 fois. À mon retour

des vacances de Noël on m'a annoncé son décès. Le retard dans l'accès aux soins entraîne en général un surcoût ; ici c'est tout économie, sans oublier la retraite qui devait intervenir dans 10 mois. Pari gagné. J'avais la haine comme dirait l'autre.

Nous sommes au quotidien aux prises à de plus en plus de difficultés dans l'exercice de notre métier. Nous avons été confrontés à un raz-de-marée sécuritaire et à des attaques constantes contre le service public et les principes de solidarité. Les réformes engagées depuis 2002 sont parfaitement cohérentes et visent toutes à abandonner le principe de solidarité au profit d'une politique de marchandisation de l'individu et de contrôle social. Surveiller et punir, pas soigner et surtout pas de façon solidaire.

Dans cette logique, la liquidation des services publics devient un impératif : ils représentent un facteur de cohésion et de paix sociale, un filet de « sécurité sociale » réduisant les inégalités et les écarts. C'est un mode de redistribution des richesses atténuant la violence du marché. Ils favorisent donc la survie des inutiles. Le système américain qui fascine lui aussi notre président est beaucoup plus performant : essentiellement privé, et le plus coûteux au monde : les Etats Unis dépensent 14 % de leur PIB pour leurs frais de santé, contre 10 % pour la France. Plus d'un tiers (36 %) des familles américaines vivant en dessous du seuil de pauvreté n'ont aucune couverture médicale. 18 000 personnes meurent chaque année aux Etats-Unis parce qu'elles n'ont pas de couverture médicale ! Mieux encore, c'est sur décision « médicale », mais en réalité financière, que les soins seront effectués, en fonction d'une équation savante entre la valeur de l'individu (son niveau de couverture sociale, reflet de son niveau de vie) et le coût des soins pour la collectivité. Depuis 2002, les amis du président ou ses valets, de Mattéi à Bertrand, en passant par Douste Blazy (précurseur avec son forfait, Kouchner les a rejoints), nous ont donc concocté des réformes visant à « privatiser » l'organisation du système de santé et surtout le statut des médecins pour mieux les soumettre comme aux Etats-Unis au diktat gestionnaire.

Ces questions sont évidemment transversales et la défense d'un certain nombre d'enjeux dans une approche non catégorielle est indispensable pour élargir les alliances.

Ainsi l'inquiétude que nous manifestons en 2005 concernant les services d'intérêts généraux trouvent leur pleine illustration dans l'hôpital 2007, la nouvelle gouvernance et **les enjeux statutaires** qui dans le service public concernent aussi bien le facteur, l'électricien que le praticien hospitalier.

La question posée par Convergence services publics sur ce point m'apparaît tout à fait pertinente : "la question du statut des agents, des personnels est inséparable de l'action pour la qualité et la protection des services publics. La précarité est préjudiciable à la volonté de répondre aux besoins et en premier lieu à

ceux des plus démunis. De même, **le statut est garant de l'intérêt général, dans une nécessaire indépendance des agents vis-à-vis de l'autorité politique et des pouvoirs économiques.** Ainsi, la défense du statut se conjugue-t-elle avec la qualité du service public". J'y ajouterai pour ma part **le risque de corruption** déjà à l'œuvre à l'hôpital par la généralisation des dessous de table. C'est une question importante source de malentendus dans le meilleur des cas. Pourtant le débat autour du traité constitutionnel en 2005 aurait pu permettre, s'il n'avait pas été présenté de manière caricaturale dans la propagande de l'époque, d'infléchir cette évolution. Le projet de traité constitutionnel européen s'inscrivait avant tout dans une logique économique néolibérale. Le passage du statut au contrat, de la planification à la concurrence, l'absence de référence au service public remplacé par un service économique d'intérêt général, dont la préfiguration actuelle nous démontre déjà qu'il ne pourra répondre aux besoins des populations les plus défavorisées, inscrivent désormais la Santé dans une dimension commerciale de marché. Confirmant ce que projetaient déjà les directives de l'A.G.C.S. (Accord Général sur le Commerce des Services), ces mesures avaient pour finalité d'aboutir au démantèlement du service public et à la disparition du principe de solidarité jusqu'alors porté par l'Assurance maladie.

Le service public de santé en fait les frais mais il n'est pas le premier ni le dernier. La sous-traitance de mission de service public finit par coûter plus cher, fragilise les travailleurs (dans leurs statuts et leurs revenus), pour un moins bon service rendu au plus grand nombre. Dans le système Brésilien les actionnaires des entreprises de santé préfèrent payer les amendes plutôt que de mettre à disposition des soins non rentables. Même si l'on a pas une vision angélique de la fonction publique il est clair que renseigner une personne âgée sur un nouveau dispositif sera moins valorisé que sa manipulation pour la vente d'un gadget inutile, à France télécom qu'aux ex PTT, sans bien-sûr donner de consignes à ce niveau ; et si le facteur ne peut plus apporter son pain à la même personne âgée, il s'agit bien là d'une transformation et d'une dégradation du service rendu.

L'écrasement des professionalités est bien un phénomène général. Dès 2003-2004, le ministre de l'intérieur s'en est pris aux travailleurs sociaux dans l'indifférence quasi générale y compris dans le monde de la psychiatrie. Il s'agissait pourtant d'une attaque du secret professionnel, d'un encouragement à la délation et au contrôle social, et l'ensemble du texte entretenait la **confusion** entre délinquance, précarité, fragilité, absentéisme scolaire, santé mentale . La dérive sécuritaire était elle aussi prévisible mais bénéficiait (et bénéficie toujours) d'une propagande trop rarement dénoncée. Là encore, il me semble regrettable que les professionnels de la psychiatrie aient pour la plupart insuffisamment investi un mouvement comme le collectif national unitaire anti-délation qui a le mérite d'avoir une approche globale du problème. L'instrumentalisation des travailleurs sociaux (territoriaux ; PJJ), de la justice, de l'éducation nationale et de la psychiatrie à visée de contrôle social reste un problème majeur.

Les prises de position d'un certain nombre de psychiatres et d'appareils syndicaux ne sont pas pour clarifier les enjeux. Il s'agit trop souvent de défendre une psychiatrie paternaliste où le psychiatre serait par définition la meilleur chose qui puisse arriver au patient et qui pourrait donc décider seul de ce qui est bon pour le patient. Cette indépendance là ne serait-elle pas plutôt inquiétante ?

S'il nous faut peut-être remercier Mme Bachelot pour ne pas s'être précipitée de ficeler une révision sécuritaire de la loi de 90, alors que, en dehors de l'USP, peu de voix s'élevaient pour condamner la garde à vue psychiatrique de 72 heures et l'obligation de soins généralisée dans la communauté, j'ose espérer toutefois qu'au delà de l'incurie ministérielle, le mouvement soutenant la judiciarisation de l'internement a largement participé à cette provisoire mise au placard. La menace reste réelle et risque de prendre la forme des conclusions de la **commission Lopez** (*Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, MAI 2005, *Rapport présenté par l'Igas, docteurs LOPEZ et YENI, et par Igsj, Mme*

Valdes-Boulouque et Mr Castoldi) **dont le rapport**, comme la loi HPST, est une véritable merveille. Ce rapport reconnaît bien, dans la mesure de contrainte et les soins forcés une atteinte sévère à la liberté individuelle (pp. 6 et 13). Elle constate, que le nombre des mesures d'hospitalisation sous contrainte a presque doublé depuis 1990. Elle admet qu'il s'agit de situations douloureuses et stigmatisantes pour les personnes. Les rédacteurs regrettent, concernant les sorties à l'essai, que leur durée prolongée contrevient à l'esprit de la loi et de la mesure (p. 36), qu'elles finissent à l'évidence par être une obligation de soins qui ne dit pas son nom (p. 36) ou déguisées (p. 40). Mais plutôt que de durcir les contrôles pour imposer une meilleure application, la commission se propose d'assouplir ces mêmes mesures ! L'exception devenant la règle il suffit de faire de l'exception la règle, pour que tout rentre dans l'ordre.

Ce n'est pas le gouvernement de Nicolas Sarkozy, mais certains confrères, qui ont commis une série de

rapports dont les propositions sont liberticides en proposant une participation des équipes de secteur à un hyper contrôle social dans le cadre d'un « réseau » où la transparence et le « tout savoir sur tous » seraient de toute évidence la solution orwelienne à toute difficulté sociale, réduisant par ailleurs le psychiatre à un rôle d'expert coordinateur et de prescripteur de psychotropes et de psychothérapies formatées. Les contrats dont parle Alain Chabert (psychiatre) dans son texte « psychiatrie : pratique sociale , ou politique ? », en y introduisant le suivi et la prise de traitement obligatoires sont de parfaits outils pour effacer la singularité de l'individu. Toute parole discordante sera annulée, quand chaque malade-déviant potentiel aura pré- consenti par « contrat : travail, logement, traitement », l'admission, la mise en chambre d'isolement (banalisée comme « protocole de soin » et encouragée financièrement). Ces confrères prétendent pourtant défendre le secteur ! Comment s'étonner ensuite des conclusions de la commission Couty. Même si par définition il ne doit pas exister de modèle ou d'organisation type, au risque du formatage par ailleurs décrié, il est manifeste qu'un certain nombre de principes devraient être rendu plus lisibles. Quelle psychiatrie pour quelle société ?

En conclusion. Au delà du travail nécessaire de lisibilité concernant la psychiatrie pour nous mêmes, et à l'égard de nos interlocuteurs et parfois partenaires du champ social, judiciaire, politique mais aussi de la population, il m'apparaît tout aussi indispensable pour nous enrichir et nous unir dans les luttes de nous en distancier pour nous intéresser à l'accès aux soins partout et pour tous, au service public de santé et plus généralement quel type de service public soutenir et défendre, etc ...

Les collectifs sont à ce titre des lieux de convergence, de réflexion et d'organisation des luttes indispensables et je pense en particulier : au collectif contre les franchises, à "Non à la politique de la peur", au collectif national unitaire anti-délation (essentiellement contre la loi de prévention de la délinquance , sa dimension sécuritaire et toutes les atteintes aux professionnalités qui lui sont liées), au collectif liberté égalité justice (*qui associe entre autre : le Syndicat de la Magistrature, la Ligue des Droits de l'Homme, SNEPAP-FSU, Association des juristes démocrates, MJS, Commission Justice des Verts, CGT-PJJ, CGT-UGICT, SNPES-PJJ- FSU, le NPA, l'Union syndicale de la psychiatrie, FSU territoriaux, Le GENEPI, UNEF, SNESUP*), à Convergence nationale services publics, la coordination des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité, l'Appel des 39, etc ..

J'en terminerai par la question posée au monde politique : Lesquels parmi vous sont prêts à clarifier leurs positions et à s'engager à abroger :

- La nouvelle gouvernance , hôpital 2007 et la loi HPST.
- La T2a (ou son équivalent Vap-rimpsy) en proposant une dissociation de la dotation budgétaire et du contrôle de l'activité.
- Les franchises et les sanctions dans le parcours de soin
- Les lois Perben, Dati et la perpétuité sur ordonnance.

Jean VIGNES
@Marie LEYRELOUP
Nelly DERABOURS
Marie RAJABLAT
Infirmiers de secteur
SUD Santé sociaux
Serpsy

Pratiques soignantes en psychiatrie? Entre le fait-tout et la cocotte minute !

Si l'on prend le protocole de cuisson d'un œuf mollet, Le CLIN va nous expliquer qu'après avoir porté à ébullition de l'eau dans un récipient idoine et un local homologué on doit plonger un œuf estampillé un certain temps dans l'eau...

Dans le cadre de la politique de secteur, on commencerait par se demander si on veut bien un œuf, pour qui et pourquoi et comment on va l'accommoder, et si l'on opte pour l'œuf mollet, l'œuf dur, ou brouillé...

Encore faudra t'il tenir compte de différents facteurs, l'altitude par exemple : allez donc vous faire cuire un œuf au sommet du mont blanc et vous ne serez pas au bout de vos surprises ; et si vous voulez vraiment faire bouillir de l'eau sans matériel une simple feuille de papier et une flamme y suffisent ! C'est sport mais faisable, merci les "castors juniors".

Dans cet exemple simplissime on peut voir s'ouvrir tout un univers d'incompréhension entre la réification administrative de la politique de soin et le quotidien de la vie d'un secteur de psychiatrie tels que nous l'avons, nous souhaitons ou nous continuons de faire vivre.

Le soin en psychiatrie c'est une histoire de marmite, de woks, de cuiseurs vapeurs, de grillades, de confitures, de ragoûts, potées ou salades, de cuisine régionale, universelle ou de fond de frigo... autant dire d'un complexe non miscible dans la réduction en système d'une politique.

Le soin en psychiatrie est une somme des cuisines du monde faites de savoirs partagés, d'expériences cliniques, humaines, voir même de neurosciences. Et sans pour cela négliger les cuisines locales qui permettent les élans de créativité...

Dans toute cette cuisine le soignant est un acteur qui a pour caractéristique essentielle de travailler en synchronie avec le patient, en situation clinique continuée.

De sa cuisine, il est aussi en débat constant avec l'ensemble des invités au dîner, les proches, les amis, les partenaires, ce qui va permettre une certaine alliance thérapeutique, une sauce singulière et plurielle.

Dans le cadre de sa continuité clinique il va s'approcher au plus près du vécu du patient, participant à l'étaillage et l'évolution du soin dans son accompagnement mais aussi la transmission de la perception quotidienne du patient dans l'espace où le soin se pense quel qu'il soit.

Le soignant participe du tissage du soins partout où les liens sociaux classiques n'y peuvent plus ou s'avèrent aliénants.

Est-il opératoirement quantifiable le « bonjour monsieur, madame ou mademoiselle quotidien », le sourire, le fait de croiser le regard de l'autre en respectant toute la distance qu'il peut en avoir, le pot au feu de base

n'est pas protocolisable, il n'est pas simple pour autant, il y a des espaces de vous, des temps de tu, des moments où il faut être matériellement là et des temps où n'être plus qu'une fonction symbolique.

Les fondamentaux du secteur sont simples «*La psychiatrie de secteur est une hypothèse clinique sur la recherche du sens, l'homme dans sa globalité, son corps, son fonctionnement psychique, sa relation à l'autre ; l'homme avec son histoire, sa famille, sa cité ; l'intérêt porté à la recherche de ses potentialités et à celles de son entourage par une même équipe soignante ; faites de personnes compétentes et disponibles au plus près de l'homme qui souffre ; travaillant sur ses liens et ayant le souci d'anticipation formalisé par la définition de projets successifs pour la personne, son groupe, la cité.* »

Les soins spécifiques en psychiatrie nécessitent une approche et des réponses adaptées au fonctionnement mental de la personne soignée. Ce n'est pas "faire quelque chose" pour un patient, c'est aussi lui donner les moyens de retrouver la capacité à faire, puis la liberté de faire.

Ils reposent sur la qualité de présence et d'accompagnement des soignants pour la personne en souffrance.

Cette qualité de présence est liée

✿ à la disponibilité : de la civilité à l'écoute, de l'écoute aux sens, des sens aux histoires.

La disponibilité, mettre à disposition sa pensée au service de la situation de soin, Bonjour, sourire, serviabilité, écoute, ouverture, ressentis, analyse des ressentis en fonction de la situation de soin, mise en mots, formes de matérialisation des histoires, mise en temps, ...

*C'est simple comme un « bonjour »,

Un cheminement vers une plus ou moins grande sensibilité plus ou moins consciente sa propre implication et de son interaction,

*de ce qu'on se montre l'un et les autres.

Cette qualité de présence est liée aussi :

✿ à l'apprentissage : des histoires aux théories, des théories à l'histoire, de l'histoire au temps. Mise en commun, croisement des récits, l'ombre. Formes et lieux, Plaquage des savoirs, regards sur l'ombre en fonction des éclairages portés, mise en scène du sujet entre ombre et lumière... retour du vivant dans le savoir pétrifié.

Un cheminement vers l'inconnu entre les canyons du savoir plus ou moins porté par du travail individuel et collectif, régulé et riche de singularités,

* de ce qu'on apprend l'un aux autres.

Cette qualité de présence est aussi liée à ce que nous appelons le « bricolage ». Ne croyez pas qu'il s'agisse d'un manque de théorie, manque de savoirs, mais il s'agit de s'adapter à la personne qui est en face de nous. Aucune histoire clinique n'est identique, aucune réponse ne peut l'être... Il s'agit alors d'une adaptation des équipes, des personnes à la connaissance des histoires, de l'exploration à la découverte, du social au sujet... et du bricolage inventé et réinventé, évalué et réévalué au quotidien.

Le soignant en situation de soin bricole le quotidien pour ne pas rester pensée...pure !

Imagination, impertinence, loi et cadre, accompagner un cheminement en jouant avec l'élasticité de l'environnement pour y faire la place du sujet.

Je suis un autre, mais en plus compliqué...

Pour soigner, le savoir doit également être pluriel et partagé.¹

Pluriel il inclut à la fois l'indispensable savoir médical, scientifique et technique mais aussi notre culture sociopolitique, notre histoire, nos propres expériences humaines, mais encore et toujours le savoir du malade expert de sa maladie.

Partagé car le savoir se nourrit de la confrontation entre les soignants et les soignés, et la confrontation entre les soignants.

La démarche soignante ne pourra donc pas s'attacher seulement à une pathologie ou un symptôme, elle tiendra compte nécessairement du patient à ce moment de son histoire. Les soins s'inscrivent dans la durée tant il est vrai que nous nous occupons de patients ayant des affections longues. Ils tiennent compte d'un ici et maintenant qui peut être un épisode aigu ou une période de rémission. Mais le soignant

¹ PABOIS (AM) Quels savoirs pour soigner ? Dossier n°18, Pratiques les cahiers de la médecine utopique, juillet 2002, p.5.

intervenant à un moment donné, doit sans cesse faire des allers et retours entre histoire et présent, entre hier et maintenant

L'action du soignant en psychiatrie a, de plus, toute sa dimension dans la prévention. Ce n'est pas une dimension qui est toujours mise en avant mais elle est pourtant fondamentale. Le soin en psychiatrie s'exerce à l'hôpital, mais aussi dans de nombreuses structures à l'extérieur de l'hôpital, au cœur de la cité et au domicile du patient. Ce sont les liens entre ces lieux, entre ceux qui y travaillent qui créent une unité dans le soin mais *c'est* aussi le lien qui va faire soin.

Le soin n'a de sens qu'inscrit dans une dynamique pluridisciplinaire, c'est à dire en collaboration étroite avec tous les acteurs du soin. *Cette pluriprofessionnalité est d'une grande richesse entre les mains d'une équipe qui sait mettre en valeur leurs différences sans les hiérarchiser. L'égalité des soignants ne saurait se situer dans l'annulation de ces différences.*²

Autant dire que ces fondamentaux sont terriblement immatériels, infiniment multiformes et en interaction perpétuelle.

A la lecture du contemporain ces fondamentaux souffrent.

Cherchez une once, un souffle, l'idée même qu'il puisse exister un tel soignant dans le programme du LMD de soins infirmiers, vous n'en trouverez pas.

Cherchez un espace dans lequel puisse se construire un tel soignant entre HPST, rapports Couty ... j'en oublie..

Souffrir jusqu'à disparaître de l'horizon, que ce soit à travers les protocoles, ou toutes les formes d'instrumentalisation de la pratique dans notre domaine, que ce soit les attaques contre les psychothérapies, l'assèchement économique de toute pratique hors nomenclature en ce qui concerne notre champ, ou plus largement de mise à mort de la pensée critique tant par les réformes de l'enseignement, que la rigidification du pouvoir ...

Discours Sarko-sécuritaire, dénigrement des sciences humaines, stigmatisation de l'autre...

Retour au champ psy... Psy de la norme, de la peur du contrôle social.

Peut-être qu'un des fondamentaux aussi, c'est d'apprendre à écouter le blé pousser ...

"Dans une histoire de gavots, *la barque qui allait sur l'eau et sur la terre*, il était question d'un homme qui était là au bord de son champs, couché contre la muraille. Le voyageur qui passait là s'étonnait et lui dit:

- "*De que fasses aqui donc ? Fas la siesta aqui per la tèrra, coma aquo prendràs mau !*"

Parce que lorsqu'on fait la sieste dans les champs, on la fait sur l'herbe, tandis que lui, il était couché là, dans un champ fraîchement labouré.

- "*O non, prendrai pas mau, i restarai pas ben. Sièi aqui que escotave nàisser mon blat*".

Il écoutait pousser le blé, le bruit que ça faisait en germant, il avait bonne oreille. Il voulait savoir si son blé sortirait.

Contes et fariboles ont bercé mon enfance et continuent de me ravir aujourd'hui. Je ne suis donc pas effarouchée par les hommes qui écoutent leur blé grandir. Si je me penche un peu, je crois même que je pourrais aussi l'entendre frémir !

Se pencher. Verbe du premier groupe dont l'étymologie vient du latin *pendere, pensus* qui signifie "laisser pendre (les plateaux d'une balance)", d'où "peser" et "évaluer". Pour donner une valeur, une signification à quelque chose ou à quelqu'un, il faut *s'y pencher*. Or, s'y pencher suppose s'en rapprocher ... Il était une fois la Distance. **Se pencher**, n'est ce pas ce qu'impose leur métier aux artisans de la santé mentale ou, plus poétique, aux *jardiniers de la folie*? Le profane jugera sans doute que nous ne faisons pas grand'chose. Nous semblons désœuvrés ou passons pour des *farfantaïres* ... Et pourtant, si vous écoutez les mille histoires que nous pourrions vous raconter, peut-être alors qu'un jour, en vous penchant à votre tour, vous entendrez naître les blés.

² 3 BAILLON (G), Les urgences de la folie, l'accueil en santé mentale, Gaétan Morin Editeur, Collection des pensées et des actes en santé mentale, novembre 1998, p.157

Jean-Pierre Martin
Psychiatre, Paris

LES CENTRES D'ACCUEIL ET DE CRISE, UNE EXPERIENCE DE SOINS PSYCHIQUES

Le soin psychique est un ensemble de pratiques fondées sur l'altérité, donc une relation avec un tiers. Si le tiers nommé est sur le plan thérapeutique un travailleur de la psychiatrie, l'autre social et ses institutions qui constituent le sujet est dans chaque soin à l'œuvre, que ce soit dans l'apparition du symptôme, l'accès aux soins et sa continuité. Le soin est un temps social traversé par ses fictions et ses utopies. De ce point de vue, au-delà d'être des porteurs d'idée acquises : la théorie, nous sommes des faiseurs de pratiques utopiques dans le projet de dés aliéner.

Les centres d'accueil et de crise sont une expérience de construction d'altérités dans le cadre du secteur psychiatrique.

20 ans après la création du centre d'accueil et de crise quels sont les arguments qui ont présidé à sa création et qui restent pertinents dans la société d'aujourd'hui.

1° il repose sur une conception du secteur fondée sur une organisation de la psychiatrie dans la communauté et son inscription comme politique de santé mentale.

Organiser l'accès aux soins et sa continuité au plus près de la vie sociale décentre le soin de l'hospitalisation en première intention. Elle fait apparaître le rôle des tiers politiques et sociaux dans cette intégration du soin dans la cité.

Ce décentrement, qui remet en cause l'histoire d'enfermement carcéral et une réponse purement médicalisante du symptôme psychique, est d'abord une autre approche de la clinique fondée sur la subjectivité du sujet au sein de son environnement.

Elle place l'hospitalisation comme une structure de soins parmi d'autres avec un travail précisant son utilité.

Le secteur met en place cette continuité.

2° le centre d'accueil est ouvert 24h sur 24 et est une alternative au « tout hospitalisation ».

Il accueille le tout venant en souffrance psychologique et les tiers qui participent de la situation.

L'écoute de la subjectivité est l'élément clinique central, dans un rapport de reconnaissance des places réciproques, avec une recherche de consentement aux soins. La parole du patient potentiel est la base de toute négociation. L'écoute des tiers familiaux et sociaux dans leur légitimité permet la dédramatisation de la crise et fait apparaître la dimension multiple de l'approche du symptôme.

Il permet de préciser l'intérêt thérapeutique d'une hospitalisation, donc de la limiter en la pensant. De fait, il a réduit de la moitié le nombre d'hospitalisations.

Le temps à prendre pour saisir la situation de souffrance et de crise, son approche sans vouloir répondre en urgence au symptôme, sans précipiter le diagnostic et la prescription d'un traitement autre que l'écoute et l'échange, avec le support d'un lieu pensé en terme d'approche institutionnelle (nuits, soins corporels, repas, temps d'un café...) avec une dimension communautaire.

Choix d'une responsabilité soignante élargie avec une première ligne infirmière et des médecins présents en permanence mobilisés selon ce qui se passe, façon de multiplier les situations de rencontre et de les penser hors du strict acte médical.

L'articulation avec les autres équipes de soins donne sa logique globale sur le plan soignant.

Nous avons appelé *interface* ce processus d'accueil vers des soins.

Il s'est avéré rapidement que les patients suivis trouvaient là un repère dans les moments d'angoisse et de vécus psychiques envahissants, en particulier les psychotiques, pour lesquels le lieu est d'abord protection face aux sentiments de menace du monde extérieur, avant même tout échange thérapeutique.

Ce lieu s'est avéré indispensable à l'inscription du dispositif de soin dans la communauté, l'intégrant aux politiques sanitaires locales, donnant sens à la notion de santé mentale.

Fondé sur le travail clinique il ne peut être une solution de nature strictement gestionnaire et comptable. C'est le danger majeur qui le menace aujourd'hui avec les nouvelles gouvernances de la santé et du social.

Lieu d'accueil en urgence il n'est pas un lieu de sécurité pour les patients et les familles et non une réponse sécuritaire de précaution.

Il garde toute sa valeur sanitaire et sociale dans la société actuelle, mais n'a jamais été reconnu comme une priorité gouvernementale.

Ses limites sont celles de l'échec de l'écoute ou d'une violence symptomatique qui ne cède pas sur le plan relationnel.

Il introduit clairement un débat sur le soin psychique dans ses dimensions du prendre soin par l'écoute réciproque, la place des tiers dans la constitution, la reconnaissance et le traitement du symptôme dans sa multiplicité.

Si les conditions en moyens de sa création sont aujourd'hui gravement altérées par les politiques de gestion à l'activité (ses critères cliniques sont déniés au profit de l'efficacité médicale symptomatique et du coût) il demeure une piste du soin psychique qui peut être pensée dans tous les lieux d'accès aux soins en particulier les CMP et aux urgences de l'hôpital général, et devrait l'être pour l'arrivée à l'hôpital.

Il est donc attaqué par les administrations hospitalières au nom de l'efficacité gestionnaire, par les remises en cause du secteur comme continuité des soins par la loi Bachelot et le rapport Couty.

Nous avons pu bloquer il y a 8 ans sa fermeture par sa reconnaissance dans le schéma régional d'Ile de France avec l'aide du Dr Éric Piel et d'élus parisiens.

Peu de temps après un autre centre d'accueil, celui de la Roquette à Paris, a pu être sauvé par la mobilisation d'un collectif de patients et d'élus locaux.

Toute cette résistance fait partie de la situation actuelle et s'est généralisée à la notion même de clinique et de soins psychothérapeutiques et institutionnels dans la durée.

Psychiatrie de secteur et dignité des patients

En introduction à quelques réflexions concernant "la psychiatrie de secteur et la dignité des patients", je vous propose une courte histoire, qui remonte à une dizaine d'années. Elle se passe à Corbeil- Essonnes. Un jour, dans les rues avoisinant les centres de soins, on vit apparaître, graphées sur les murs des pavillons résidentiels et sur les poteaux électriques, une phrase qui avait de quoi retenir mon attention: "Paul Brétécher est un con". Cette invective lapidaire, livrée au regard des passants n'était pas revendiquée. Mais pour l'équipe, son auteur ne faisait aucun doute. Car, dans les semaines qui avaient précédé cet incident, le CMP avait reçu une série de missives anonymes dont le seul texte se résumait, tantôt à la formule déjà citée "Paul Brétécher est un con", tantôt à celle aussi cinglante "Philippe Girodet est une raclure de bidet" qui visait nommément un autre praticien. Les feuilles non signées avaient toujours le même format A4, et les phrases en gros caractères, d'une typographie répétitivement identique en occupaient le centre. A priori des phrases comme "X est un con" et "Y est une raclure de bidet" sont d'une grande banalité et témoignent d'une hostilité plutôt basique à l'égard de leurs destinataires. On aurait donc pu interpréter ces lettres, seulement remarquables par leur abondance, comme une manifestation de malveillance primaire d'un patient mécontent pour d'obscures raisons, des psychiatres du service. Le transfert négatif, ça existe, on peut le prendre comme tel et s'interroger sur ce qui l'a déclenché. Mais cette fois là, dans l'équipe, plusieurs avaient été interloqués pour une raison plus précise. Les lettres anonymes, aux caractéristiques répétitives, dans leur apparente trivialité, du fait même de la forme du message, avaient valeur de revendication. Revendication de l'appartenance de leur auteur à un courant contestataire, culturellement bien identifié, qui positionnerait alors les destinataires des missives dans une filiation qu'il souhaitait leur assigner. Car les invectives reçues, étaient en fait l'exacte reproduction, dans la même typographie, de libellés minimalistes adressés, via le truchement de la revue l'Internationale Situationniste, par Guy Debord et ses amis à deux de leurs têtes de turc de l'époque. On pouvait lire alors, en pleine page d'un numéro de la revue séditionnaire "Georges Lapassade est un con" et "Gaston Gallimard est une raclure de bidet". Ce détournement d'invective, redoublement en quelque sorte d'une pratique prônée par les situationnistes eux mêmes, identifiait alors facilement l'auteur de la provocation. Nous connaissions ses références. On pouvait comprendre leur usage.

Ce n'est pas ici le lieu de reprendre l'histoire de ce patient tourmenté, en révolte permanente, constamment provocateur, parfois menaçant dans sa quête de reconnaissance, et dont les propos à forte polarité paranoïaque empruntaient un moyen de les mettre en forme à une récente culture d'avant garde, déjà objet de musée . Pour mon propos, je ne retiendrai que ceci : beaucoup plus tôt, dans son adolescence, il avait fait une rencontre décisive. Alors qu'il était l'acteur d'un furieux tapage dans un centre culturel de la ville, un homme était venu dialoguer longuement avec lui, et il s'était calmé. Il avait trouvé un interlocuteur. Cet homme c'était Lucien Bonnafé, très peu de temps avant sa retraite. Cette rencontre avait été son premier contact avec la psychiatrie. Transfert immédiat. Depuis de l'eau avait coulé sous les ponts. Mais pour lui, les successeurs auraient à endosser la posture du fondateur, éminent personnage, dont la considération l'avait marqué. Ils seraient donc pour lui, à défaut de jouir d'une notoriété équivalente, assignés au communisme, tenus au surréalisme, de manière à poursuivre le dialogue polémique à peine esquissé. Ainsi, il y tiendrait son rôle, forcément contestataire, porteur d'une voix politiquement plus radicale, en rupture avec nos références littéraires supposées .

Ces lettres envoyées à la bonne adresse, au CMP, pouvaient faire rire, plutôt que susciter l'indignation. Un collègue traité de con tant qu'on reste entre soi, ça ne porte pas à conséquence. On peut en plaisanter. Mais la même phrase inscrite sur des murs, dans l'espace public, pouvait avoir une autre résonance. Des tiers étaient alors pris à témoin, un peu comme si, l'injure inscrite au vu de tous, en appelait à une prise de conscience d'un scandale ignoré jusqu'alors ("Paul Brétécher est un con"). Bref, les graffitis en cause semblaient d'une toute autre teneur qu'un message adressé sous enveloppe à la bonne adresse. Une lettre reste un objet de travail. Un graffiti c'est beaucoup plus déroutant. Et puis on s'interrogeait sur le sens

d'un tel geste. Ne témoignait-il pas d'une intention, consciente ou inconsciente, ouvertement plus agressive ? Ce débordement du cadre de soins, n'annonçait-il pas un crescendo dans la violence qui se conclurait peut-être par un passage à l'acte à l'encontre des personnages désignés ? L'équipe s'en est émue et nous en avons parlé en réunion. Comment fallait-il réagir ? Convoquer le patient, mais à quelles fins ? Porter plainte ? L'hypothèse fut évoquée par certains, arguant que le recours à la loi commune, en pareille circonstance (injures publiques), aurait valeur de rappel des limites à ne pas dépasser. Et puis, on s'interrogea sur ce que signifiaient pour nous des graffitis découverts par hasard sur un mur. On se souvint d'un autre temps où des phrases chocs ("sous les pavés la plage", "bureaucrates vous êtes déjà morts"...), restées dans la mémoire collective, témoignaient du désir de voir le monde changer. C'était un temps où l'on n'avait pas peur des provocations. Et de fil en aiguille, quelqu'un rappela un épisode qu'on avait oublié. Quelques années plus tôt, dans la foulée d'une grève de soignants et des manifestations qui les accompagnaient, un matin, nous avons découvert, bombés sur des palissades des slogans en l'honneur de notre "juste lutte". Qui les avaient écrits ? Peu importe, on ne voulait pas le savoir, mais ils nous avaient réjouis. Notre patient "para-situationniste" y avait aussi été sensible et, avec ironie, nous l'avait fait savoir: "alors comme ça maintenant, c'est la révolution, les psychiatres écrivent sur les murs ?" Alors on a réalisé qu'on lui avait frayé la voie, ou plutôt, qu'une fois encore, il nous suivait littéralement à la trace, agrippé à la place de celui qui, effet du transfert à long terme, pour ne pas sombrer, se tiendrait toujours au delà des "avant-gardes".

Traiter d'un thème comme "psychiatrie de secteur et dignité des patients", impose alors, je crois, de mettre en discussion, trois *a priori* :

✓ Le premier est d'affirmer comme allant de soi qu'un soignant, à fortiori en psychiatrie, respecte nécessairement, aujourd'hui, l'humain à qui il rend service. Ce type d'affirmation paraît, de prime abord, incontestable. Elle se rattache d'abord à la plus vieille attitude soignante héritée de la tradition Hippocratique: "commencer par ne pas nuire". Elle a été réaffirmée après le procès de Nuremberg. Donc celui ou celle qui choisit d'exercer le métier d'infirmier, de psychologue, d'assistante sociale, d'aide soignante ou de psychiatre, est tenu d'adhérer aux règles strictes d'une déontologie héritée de cette histoire. Celle-ci bannit toute forme de violence et de malmenage des corps et des esprits, quelque soit leurs modes d'expression : brutalité physique, assujettissement, relation d'emprise, abus d'autorité, mépris, stigmatisation, ou à l'inverse, manque de sollicitude, abandon ou non assistance à personne en danger. Et même dans les situations de contrainte où pourtant ce principe essentiel est mis à l'épreuve, il s'impose encore et dicte l'approche relationnelle que les soignants doivent adopter. A moins de faire fi de sa professionnalité, chacun l'assume et plus encore, la revendique. D'ailleurs, tous les établissements de soins, et pas simplement ceux qui ressortissent au service public, prétendent se porter garant de son effectivité. La psychiatrie de secteur n'en aurait donc pas l'apanage. Mais un tel niveau de généralité recouvre en réalité des situations extrêmement dissemblables, et la réitération solennelle de ces principes élémentaires, quelles que soient les formes d'organisation du travail, et les conditions d'exercice professionnel, a souvent pour fonction, de masquer les effets délétères des dispositifs de soins, en renvoyant chacun individuellement, au respect de son éthique. Ainsi, quand se pose un problème, donnant lieu, par exemple à une plainte, que se passe-t-il ? On observe alors que, dans la plupart des cas, la défaillance est pointée comme un écart à la norme prescrite en haut lieu, dont la responsabilité incombe à un agent dont on dira qu'il n'a pas suivi les protocoles, et s'est montré, en l'occurrence, non professionnel, ou incompetent. Cela permet de faire l'économie de toute interrogation sur les formations reçues, les techniques utilisées, le mandat social dévolu aux opérateurs, et le type de "résultats" qu'on leur fixe en objectif. Or tout le monde l'a noté, il y a, par exemple, une contradiction de taille entre obéir à des injonctions sécuritaires avec tout le cortège des mesures de contrôle qu'elles supposent et respecter l'intimité à laquelle chacun a droit. La reconnaissance en acte de la dignité d'un malade apparaît donc au regard des impératifs (économiques, disciplinaires, normatifs) exigés, plus problématique que le principe ne l'affirme. Tenaillés par des injonctions contradictoires, les soignants sont alors confrontés à de "véritables épreuves de professionnalité", au sens où les définit Christian Laval. Ils doivent choisir ou composer, et pourquoi pas même parfois ruser, afin de concilier ce qui s'avère, en réalité, un dilemme permanent. Comment revendiquer son "autonomie morale subjective" (Christophe Dejours), sans enfreindre les règles prescrites ? On sait depuis longtemps que le travail réel s'écarte toujours du travail prescrit. Encore faut-il pouvoir l'assumer. Or pour chacun, les marges de manoeuvre ne sont pas les mêmes selon les agencements dans lesquels il est pris.

Si bien qu'on ne peut pas en rester à la répétition des principes généraux, aussi essentiels soient-ils, sans considérer également les collectifs qui permettent de les actualiser. Récemment, à Montreuil, Yves Clot soulignait que le "collectif est d'abord celui que chacun porte en soi". A cette proposition dont les implications sont très fécondes, on peut ajouter ce que Jean Oury nous a martelé depuis des lustres : un collectif est une construction sine qua non à l'exercice des soins psychiques qui impliquent nécessairement plusieurs protagonistes. Il s'agit en gros de tramer l'espace relationnel où chacun pourra se sentir soutenu par les autres (fonction phorique), où néanmoins il sera possible d'apporter sa contribution singulière au travail commun (fonction diacritique), et cela sans avoir à souffrir d'un climat de persécution ni céder à la mélancolie ambiante (fonction pathique). Cette proposition de travail n'a rien d'une nouveauté. La mettre en oeuvre est beaucoup plus compliqué. Mais plus que jamais aujourd'hui, où l'esprit de concurrence est érigé en idéal, où "les bonnes pratiques" répondent à des schémas standards, où le sentiment de persécution et le découragement brident les énergies, on voit mal comment on peut parler du respect de la dignité des patients sans faire mention des soubassements collectifs qui leur font contrepoids.

✓Le second *a priori* qu'il convient aussi de mettre en débat, serait de considérer la psychiatrie de secteur comme une réalité homogène, définitivement mise en oeuvre avec succès durant les décennies 70-90. Selon ce schéma, après les années d'obscurantisme de l'âge asilaire, ce nouveau dispositif de soins aurait su, par son mode d'implantation dans la cité, par la diversité, la souplesse et la fiabilité de ses formes de réponse, par la cohérence de ses options cliniques, par son audience dans l'environnement social changer radicalement l'image de la psychiatrie et la perception de la maladie mentale. Celle-ci ne serait plus entachée d'indignité ou d'autres connotations péjoratives aussi bien chez les divers professionnels de la relation d'aide (santé et social), qu'auprès des politiques ou de la société civile, dans sa majorité. Car si l'on reste fidèle à l'esprit des promoteurs du secteur, Lucien Bonnafé, par exemple, associant le secteur à une pratique "désaliéniste", celle-ci pouvait se définir ainsi : "Le désaliéniste est celui qui, ayant jeté aux orties le froc de l'aliéniste, se présente sur la place publique en disant : Qu'y a-t-il pour votre service ?" Il travaille à aider les divers organes de la société à vaincre l'intolérance aux "mauvais objets" qu'elle contient. Il tend à diminuer la charge des institutions dont il a la responsabilité" (Sources du désaliénisme, VST, 1986). Les attaques croissantes contre cette politique de secteur depuis 6 ou 7 ans, disons depuis le retour au pouvoir d'un gouvernement de droite, heurterait donc l'éthos de l'ensemble des soignants ainsi qu'une opinion publique mieux à même de comprendre et d'accueillir les désordres de l'esprit. Or on sait bien que ce n'est pas le cas. C'est beaucoup plus compliqué. Par exemple : on associe souvent à tort ou à raison la psychiatrie asilaire à trois termes qui résumeraient ses conceptions du traitement de la folie : l'internement, l'isolement, et les neuroleptiques à forte dose. Or quelque soit les batailles autour des statistiques, il ne semble pas que globalement en France depuis 20 ans, le nombre d'internements ait significativement diminué, que le recours aux chambres d'isolement ait disparu, ni que la consommation de psychotropes soit notablement à la baisse. D'autre part, globalement, pour l'opinion commune, l'image de la maladie mentale n'a pas beaucoup changé. Exceptionnellement associée à la figure de quelques rares artistes, elle reste avant tout perçue comme un danger. Toujours est-il que la psychiatrie de secteur n'a probablement pas provoqué l'effet de rupture qu'espéraient ses instigateurs.

Pourtant, très tôt, ses pionniers, tout comme ceux de la psychothérapie institutionnelle, avaient pensé qu'un des axes de leur action thérapeutique, réinscrite dans le champ culturel et tramée avec le travail de création, ferait brèche à l'isolement et aux mécanismes d'exclusion qui frappaient la folie. C'était le pari posé à l'origine de l'ouverture d'ateliers en adjacence aux services, animés par des comédiens, des musiciens, des peintres, des écrivains sensibles à la folie. Dans le même temps on assistait à une remise en exergue de l'art brut, à une sensibilisation des médias, à la réalisation de documentaires, à la présentation de spectacles ou d'expositions issus de ces chantiers ou inspirés par eux. Cette affirmation multiforme, fruit d'un travail commun entre artistes, soignant et patients devaient permettre, pensait-on alors : 1) de redonner une place active et visible à des personnes tenues à l'écart et discréditées, 2) de leur proposer un plus large registre d'expression et 3) de sensibiliser le sens commun, aux mécanismes de l'inconscient, aux tourments subjectifs, et aux contradictions qui habitent chacun. C'étaient là des projets que l'on peut dire à la fois esthétiques, politiques autant que thérapeutiques. On espérait toutefois qu'ils aient une influence sur un environnement dont nul ne pensait naïvement qu'il soit, par avance, "naturellement bon" (la formule "le potentiel soignant du peuple" de L. Bonnafé" n'a jamais signifié que celui-ci se manifeste spontanément. C'est le résultat d'un travail"). De ces recherches témoignaient déjà, il y a plus de 20 ans, le "Projet Aloïse" de Roger Gentis, ou la tentative du mouvement "Le Cheval Bleu, inspiré de l'expérience italienne. Aujourd'hui encore des équipes persèverent dans cette voie (Le centre Artaud à Reims, "Les

temps mêlés" à Morsang sur Orge, "Arimage" à Corbeil Essonnes, "Soin et Culture à Gennevilliers ou l'"Atelier du Coin" à Montceau les Mines et bien d'autres encore...). Ces pratiques reconnues et très inventives, dans un contexte défavorable, où par ailleurs la culture dans son ensemble est mise à mal, restent fragiles. Etant donné les vents mauvais qui soufflent sur l'opinion elles sont, plus que jamais, indispensables. Mais on doit admettre que globalement, la psychiatrie de secteur n' a pas toujours su trouver les alliés avec qui faire mouvement, ni les relais, hors du pré carré de la "spécialité psychiatrique", qui décuplèrent son action.

✓ Le troisième *a priori*, enfin, suppose que chacun, spontanément, sous une forme ou une autre revendique le respect de sa dignité. Mais, qui est détenteur de la qualification de "dignité" ? Est-elle accordée par autrui, par des instances externes, et selon quels critères ? Est-ce plutôt un sentiment que l'on éprouve soi-même et dont on peut exiger la reconnaissance, dans une lutte, face à ceux qui la dénie ? Dans ce cas, ce que l'on nomme "dignité" s'apparenterait à la capacité de chacun, malade ou non de se sentir digne d'amour, de respect ou d'estime (Axel Honneth). Or on sait bien que dans certains états de souffrance psychique, dans bon nombre de pathologies (on pense bien sûr en premier aux états limites, dépression, mélancolie, mais c'est vrai également dans les névroses), ce type de rapport à soi, est profondément altéré. Cette auto dépréciation se dit parfois directement, parfois s'exprime en actes symptomatiques qui induisent de la part de l'entourage une distance, une incompréhension ou un rejet. On connaît bien ces moments où quelqu'un, en détresse ou en dérive agit de telle sorte qu'on s'écarte de lui. Par lassitude, par crainte ou par indifférence, la réaction des autres confirme alors, à ses yeux l'image de sa déchéance. Les soignants y sont souvent confrontés. En proie à ses tourments, une personne peut donc s'affirmer indigne, et récuser l'attention, la sollicitude ou la reconnaissance d'autrui. Prise sous cet angle, on pourrait alors considérer la dignité retrouvée d'un patient comme l'effet d'une conviction des soignants qui dicte leur attitude. Elle suppléerait à une carence narcissique primordiale, processus de soins forcément long et compliqué que la psychiatrie de secteur aurait pour vocation de faire advenir. L'entourage du patient, également associé à cette inflexion subjective pourrait alors, après un temps d' expectative, conforter ce changement.

Ce schéma contient sûrement une part de vérité. Mais il est sans doute trop sommaire. Que dire des situations qui suscitent nos réticences c'est-à-dire un transfert massivement négatif ? Pensons à ces patients qui, dans un moment de délire vont chercher à s'imposer à nous de façon tonitruante, scandaleuse, mégalomane, ou tyrannique. Ou à ceux qui, malgré nos bons soins, ne lâchent pas leur position d'indignité. Respectons-nous leur attitude, ou bien intervenons-nous plus fermement, malgré les objections qu'ils nous opposent ? Dans de telles circonstances, l'indignité insupportable induit le plus souvent une réaction autoritaire, c'est-à-dire un traitement sous contrainte. On s' y sent obligé et ce n'est jamais simple. Dans le meilleur des cas on nous saura gré d'avoir su intervenir à temps. Mais il arrive aussi, par la suite, que le patient nous en fasse un reproche durable. Peut-on y rester indifférent ?

Souvenons-nous du personnage de la "vielle dame indigne" qui contrairement à toute attente et aux bonnes intentions qu'on lui voue, décide, à un âge avancé, de n'en faire qu'à sa tête. Pour nous spectateurs, c'est une figure très sympathique. Mais, dans l'histoire, ses interlocuteurs n'ont pas la même distance amusée. C' est bien que l'appréciation de ce qui est reconnu comme digne ou comme indigne ne fait pas l'unanimité. Cela mérite donc un débat permanent, y compris, en premier, dans les collectifs soignants.

Pour conclure, je me contenterai de rappeler cette citation bien connue de Louis Le Guillant : "Bien des affections chroniques, mentales ou non, ne sont-elles pas précisément, comme on commence à le reconnaître de véritables modes d'existence, des manières d'être au monde ? Et ce monde ne doit-il pas être conçu et organisé en fonction des niveaux, des structures, des traits dominants de chacune d'elles et de chacun de ceux qui en sont atteints ?"

Bernard DURAND
Psychiatre, président de la FASM Croix Marine

Patient, usager, handicapé psychique : catégories ou allégorie.

Il y quelques années, Lucien Bonnafé s'interrogeait: «*Qui est l'usager ? Qui peut parler en son nom ?*» Aujourd'hui, nous connaissons la réponse : l'usager lui-même, ce qui n'est pas sans déstabiliser certains professionnels qui se montrent ambivalents, tout comme les familles d'ailleurs, à l'idée que les usagers puissent avoir une parole propre sur les soins et ce dont ils ont besoin, voire même sur la qualité de l'offre de soins comme l'on dit, c'est-à-dire aussi sur les professionnels.

Ce terme d'**usager** a comme première particularité d'avoir été choisi par les personnes concernées elles-mêmes, alors que jusque là l'histoire de la folie et de la psychiatrie montre qu'elles étaient plutôt désignées par autrui, par le corps social. Le fou, le malade mental faisait l'objet d'une désignation bientôt suivie d'une assignation à résidence ou même plutôt d'une assignation à non résidence, d'un interdit de séjour avec ses semblables : il devenait aliéné, c'est-à-dire étranger, autre.

Les représentations liées à ce terme d'usager sont toutes autres. Il y a dans celui-ci, en filigrane, une connotation de solidarité entre les utilisateurs et ceux qui assurent un service public, une conception d'une société de citoyens bien différente que celle qu'on nous promeut aujourd'hui avec la logique de marché faite de concurrence et de clients et que l'on veut introduire au sein même de l'hôpital public. Ce terme d'usager est aussi la traduction du terme anglo-saxon « user » utilisé par les associations déjà structurées en Europe du nord en particulier.

Je voudrais néanmoins souligner le contexte dans lequel ce terme est apparu : il y a quelque chose qui a été un facteur de changement important dans la manière de se situer par rapport à une maladie et les médecins, c'est le sida. Cette affection a également été un élément déterminant chez les médecins engagés dans la lutte contre cette maladie, dans leur positionnement éthique et par rapport aux malades. Un partenariat s'est développé, y compris au sein de l'INSERM entre médecins, chercheurs et associations de patients qui sont aujourd'hui associées y compris dans les choix concernant les projets de recherche à retenir.

La publication de la loi de mars 2002 sur les droits des patients fait également partie du contexte de cette montée des usagers qui met les soignants au pied du mur d'être sous le regard des patients ; ceux-ci peuvent avoir accès à leur dossier et ils exigent de plus en plus de savoir le nom de leur maladie. Cela dit, peut-on parler pour autant de démocratie sanitaire ? Il m'est arrivé d'y faire référence, mais à la réflexion, je me demande aujourd'hui quel sens peut bien avoir ce concept kouchnérien.

Les associations d'usagers en psychiatrie sont récentes et la FNAPSY est née en 1992. Au départ, elles regroupaient des ex-patients sortis de l'hôpital et leur objectif était surtout l'entraide et l'information. Aujourd'hui, rien que la FNAPSY recoupe 65 associations et déclare regrouper 8000 usagers.

Mais à côté des ex-patients ou des patients eux-mêmes, il y a aussi les familles. Peut-on les considérer comme des usagers ? Ce qui est certain, c'est que le regroupement des usagers dans une fédération a contribué à faire évoluer l'UNAFAM. Il faut par ailleurs distinguer ce qui se passe avec l'UNAFAM et les nombreuses associations de parents existant dans le champ de l'autisme. Je me souviens de la première fois où un parent a participé à l'une de nos journées scientifiques de la Société de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; depuis, c'est devenu banal et les échanges nombreux parfois tendus entre professionnels et parents a fait évoluer les uns et les autres. La présence de Pierre Delion aujourd'hui et la violence dont il a été l'objet de la part d'une soit disant association qui ne connaît que la même voix haineuse, ne doit pas

cacher la réalité du développement d'un véritable partenariat familles et professionnels que l'on voit à l'œuvre en particulier dans les Centres de Ressource Autisme (CRA).

L'autre terme évoqué dans le titre de mon intervention est **handicapé psychique**. De quoi s'agit-il ?

On dit que c'est la loi du 11 février 2005 qui a créé ce terme : c'est vrai et c'est faux à la fois, car il n'est pas utilisé dans la loi. Je ne vais pas rappeler ici la connotation négative du concept de handicap et les polémiques de la fin des années 70. Mais à l'époque, cette opposition était surtout construite sur les représentations qu'évoquait le handicap. Celui-ci réveillait des réminiscences de la première préfiguration de l'image du handicap, celle de l'idiot d'Esquirol. Ce célèbre aliéniste avait en effet décrit l'idiotie comme étant un état fixé, définitif pour lequel il n'y avait rien à faire et c'est ce renoncement aux soins qu'avaient refusé alors les psychiatres.

La loi d'orientation de 1975 sur les personnes handicapées avait été le résultat d'un lobbying actif des familles d'enfants dits alors inadaptés (UNAPEI) et de l'APF (association des paralysés de France), mais personne ne parlait à l'époque au nom des malades psychiques dont il était encore entendu qu'ils relevaient uniquement des soins psychiatriques pour lesquels la sectorisation qui démarrait allait tout régler.

On sait ce qu'il en a été, car si les structures de soins se sont effectivement développées, très peu de choses ont été mises en place en termes de logement et d'accompagnement au quotidien alors que le nombre de lits a diminué de manière radicale et qu'il était de plus en plus admis que l'hôpital ne pouvait plus être un lieu de vie. Par ailleurs, même dans les secteurs qui avaient développées des réponses de proximité, il faut constater que le temps offert aux patients sur une semaine était loin de répondre à leurs besoins et que la solitude et la désocialisation étaient le lot de beaucoup d'entre eux - pensons en particulier au désert relationnel fréquent après cinq heures du soir et les week-ends. De plus, il faut noter que lorsque des associations porteuses de projets dans le registre social recherchaient un soutien et des financements du côté des collectivités locales, on leur rétorquait à tout coup que la psychiatrie relevait du domaine sanitaire et non de la solidarité.

Il a fallu les travaux de Wood, diffusés en France avec un certain retard à la fin des années 80, et la classification internationale des handicaps (CIH) de l'OMS pour comprendre que handicap et maladie ne s'opposaient pas, mais qu'il s'agissait d'un processus complexe, dynamique, interactif, qui conduisait à une situation de désavantage social.

Lorsqu'il a été question de remplacer la loi de 1975 par une autre loi, les familles et les représentants des usagers se sont mobilisés pour que cette fois-ci, on n'oublie pas les personnes souffrant de troubles psychiques. Il s'est agi de faire exister cette population comme l'exprimait de manière explicite le rapport CHARZAT de 2002.

Pendant des années, l'UNAFAM a tenté de faire entendre les besoins des patients qui vivent sans accompagnement et s'isolent de plus en plus, en déplorant que les soignants ne soient pas plus ouverts sur la cité. Elle n'a eu de cesse de réclamer, en plus de soins de qualité, des réponses en matière de logement, de ressources financières et d'accompagnement social dans la cité. Elle y ajoutera ultérieurement deux autres points : un appui juridique et lorsque cela est possible un emploi, pour en faire le plan psychique en six points qui allait devenir le leitmotiv de son président Jean Canneva et de ses délégués.

La loi n°/2005-102 du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » n'oubliera donc pas cette fois-ci les personnes confrontées à une situation de handicap du fait de troubles psychiques. Cette loi de compromis qui n'ignore pas totalement la logique de la loi précédente de 1975, qui classait les personnes sur leur déficience, s'appuie également sur la Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap (CIF), élaborée par l'OMS, pour laquelle le handicap est lié avant tout aux obstacles que l'environnement met à la participation.

Pour limiter ces obstacles, la loi dispose de mettre en œuvre un droit à compensation des conséquences des incapacités, corollaire d'une vraie reconnaissance de citoyenneté. Grâce au travail préalablement

effectué par l'UNAFAM et la FNAPSY, la loi qui énumère les actions visant à organiser la politique de prévention, de réduction et de compensation des handicaps évoque pour la première fois le développement des Groupes d'entraide mutuelle.

Cette loi du 11 février 2005 est importante pour la psychiatrie : d'une part les intéressés eux-mêmes, usagers et familles ont été directement impliqués dans sa préparation et d'autre part, au-delà de la reconnaissance du handicap psychique, elle renoue d'une certaine manière avec la période d'avant 1970/1975 où l'action sociale en direction des personnes souffrant de troubles psychiques disposait d'une certaine autonomie, tout en étant articulée avec les soins. Le maître - mot du plan santé mentale, qui va suivre quelques semaines plus tard, sera d'ailleurs décloisonnement (entre le sanitaire et le médico-social).

Si apparemment, c'est la première fois que l'on évoque à ce point le handicap psychique, les choses ne sont pas si simples, puisque les statuts d'origine du mouvement que j'ai l'honneur de présider, stipulaient en 1952, que la Fédération des Sociétés Croix marine avait pour objectif « *d'exercer une protection ou une entraide psychologique et sociale en faveur des handicapés et mal adaptés psychiques* ». Vous voyez que des mots comme entraide, que l'on retrouve aujourd'hui dans les groupes d'entraide mutuelle ou handicapés étaient déjà mis en avant. Les offices sociaux Croix marine mis en place à l'époque étaient en fait les précurseurs des SAVS d'aujourd'hui (service d'accompagnement à la vie sociale). J'ajouterais néanmoins que de parler de handicapés psychiques avec la catégorisation que cela sous-entend est profondément réducteur, voire réifiant et contraire à l'esprit de la loi qui fait du handicap la résultante de tout ce qui s'oppose à l'autonomie et la participation. Il faut mieux parler de personnes en situation de handicap pour des raisons psychiques, car le handicap ne se situe pas seulement du côté de la personne, mais aussi de l'environnement social (comme le développe la CIF de l'OMS).

Cette loi du 11 février 2005 n'est sûrement pas parfaite, mais elle représente une avancée considérable en proposant cette conception radicalement différente du handicap ; elle a été aussi l'occasion d'une prise de parole par les usagers et les familles qui sont devenus des partenaires à part entière. Ceux-ci nous disent qu'ils ont besoin de soins, mais qu'ils ont également besoin d'autres réponses d'une autre nature avec lesquelles nous allons devoir coopérer, car la continuité du parcours de vie est essentielle. Comme l'a souligné Guy Baillon (2), cette loi a été le premier effet de la prise de parole des patients sur la scène publique qui ont pu exprimer leurs propres besoins : « *Alors que jusqu'alors, la parole des patients était invalidée, à partir de cet instant, le statut de la parole folle a été transformée en statut de parole vraie, mais ajoute-t-il, personne ne s'en est rendu compte et les conséquences n'ont pu en être encore tirées* ».

Dans les années 90, des associations d'usagers adhérant à la FNAPSY ont ouvert un certain nombre de structures qui s'apparentent à des clubs. Conçus à l'initiative exclusive d'usagers, ils fonctionnaient avec des moyens limités et la FNAPSY souhaitait obtenir des moyens pour développer ce type de club. Ils apparaissent beaucoup plus modestes que les clubhouses anglo-saxons, mais ils ont comme point commun d'être des lieux accueillants permettant à des usagers de se retrouver pour simplement prendre un café, discuter, organiser des sorties ensemble, partager quelques activités comme des ateliers d'écriture : aucune obligation n'était imposée, aucune question n'était posée et ceux-ci n'avaient aucune vocation soignante.

Les GEM qui ont été créés par la loi du 11 février 2005 ont été conçus comme une des réponses à la question centrale du maintien du lien social et de lutte contre la solitude et l'isolement des personnes affectées de troubles psychiques au long cours, pour lesquelles il n'existait pratiquement rien dans la cité, en dehors des institutions de soins psychiatriques et de quelques clubs préexistants qui ne correspondaient de toute façon qu'à un temps très limité de la vie des patients.

Les pouvoirs publics ont su éviter d'élaborer un texte verrouillant tout, en mettant les GEM dans une position particulière qui les fait échapper aux différentes dispositions réglementaires visant les établissements et services sociaux et médico-sociaux, car ils ne dispensent pas de « prises en charge ». La définition des Groupes d'entraide mutuelle est donnée dans la circulaire du 29 août 2005 : des lieux conviviaux, où des personnes peuvent se retrouver, s'informer, s'entraider, organiser ensemble des activités visant tant au développement personnel qu'à créer des liens avec la communauté environnante.

Ils sont destinés à des personnes qu'une altération de santé met en difficulté d'insertion sociale, qu'elles se considèrent ou non comme étant handicapées.

Je pense vraiment que ce nouvel acronyme apporte une révolution dont nous n'avons pas encore pris toute la mesure : l'engouement qu'ils ont suscité et les témoignages des usagers et des familles quatre ans après leur création, montrent à quel point ils répondaient à une attente. Ils sont la concrétisation d'une utopie des usagers et ils viennent occuper le chaînon manquant dont parlait Claude Finkelstein, présidente de la FNAPSY.

Les réactions des professionnels envers cette nouvelle donne ont été plus circonspectes. Certains ne veulent voir dans les GEM qu'une des modalités de basculement des soins vers le social et suggèrent même qu'il y aurait un glissement d'enveloppe des clubs thérapeutiques vers les GEM, ce qui est totalement inexact puisqu'il s'agit d'un financement d'un autre ordre (via la CNSA). D'autres déplorent le développement d'outils qui s'inscriraient dans une idéologie de l'occupationnel et de l'adaptation, dans la méconnaissance de la complexité clinique, et ce, au détriment de la dimension des soins. Ils ne peuvent concevoir une structure sans soignants, totalement disjointe de la fonction thérapeutique et sans qu'on y pratique une analyse institutionnelle permanente.

Le troisième terme évoqué est celui de **patient**. Il renvoie volontiers au colloque traditionnel médecin - malade et au modèle d'une médecine paternaliste où le patient n'a d'autre choix que de donner sa confiance au médecin, censé savoir sur la souffrance de celui qui a recours à lui, dans une relation d'assujettissement. Ce modèle est remis en question depuis plusieurs décennies dans nos sociétés occidentales où le patient devient client et exige d'être considéré comme un partenaire des soins, afin de donner un consentement éclairé aux soins qu'on lui dispense. Patient renvoie beaucoup plus néanmoins à la relation singulière médecin - malade et usager à celui d'utilisateur d'un dispositif. Aussi, si un psychiatre peut parler de ses patients, il ne peut les considérer comme des usagers, même s'il dirige une institution, ce qui serait une manière de tenter de récupérer la dynamique propre au regroupement des patients.

Patient, usager, personne en situation de handicap psychique ne sont donc pas des termes qui s'excluent, mais une manière pour les personnes concernées de se positionner par rapport aux soignants, aux institutions et aux instances politiques, car il est indéniable que la prise de parole des usagers est une réalité que les pouvoirs publics ne peuvent ignorer. Si comme patients, ils peuvent subir les dérives sécuritaires actuelles, comme usagers, ils sauront collectivement engager les recours nécessaires, y compris auprès des autorités européennes.

Cette affirmation de l'existence des usagers et de leur situation de handicap impacte également la position des professionnels de la psychiatrie. En particulier, la création des GEM, avec ce recours à l'entraide, nous impose d'avoir un regard nouveau sur les personnes soignées en psychiatrie et nous n'avons pas encore pris toute la mesure de ce constat.

Cette question de l'entraide que peuvent s'apporter les membres des GEM est essentielle. Certains, en particulier dans la mouvance de la psychothérapie institutionnelle, émettent des doutes sur cette notion et l'idée que des patients puissent se soutenir mutuellement, hors du regard des soignants, leur apparaît difficilement acceptable. Pourtant, les faits sont là. Comment peut-on nier que des patients, qui vivent des périodes de stabilisation ou de rémission prolongées, ne puissent constituer une composante d'appui pour d'autres patients, dans une logique non plus de soin, mais de solidarité ? Sans oublier que ce lien de solidarité dans l'expérience partagée de la maladie mentale les conforte eux-mêmes. Cela a conduit à parler de pairs - aidants. C'est un fait, nous en avons des exemples tous les jours : on constate comment un adhérent d'un GEM sait suggérer à tel autre adhérent de reprendre contact avec son psychiatre ou trouver les mots qu'il faut dans un moment difficile.

Mais à côté des professionnels qui récusent cette notion d'entraide, il y a ceux qui veulent la récupérer en faisant des pairs - aidants une catégorie de super - patients qui deviendraient des auxiliaires du soin dans une logique de soins à l'anglo-saxonne et cela dans un contexte de réduction des moyens du sanitaire. Ne nous laissons pas abuser par cette récupération pseudo - moderniste : ne laissons pas se galvauder cette réalité des pairs - aidants. Celle-ci est un fait, c'est une situation se déclinant au participe présent : c'est un

gérondif, mais ça ne saurait être un statut (avec des formations à l'appui) qui irait totalement à l'encontre de cette solidarité partagée par les usagers.

Pour conclure,

La prise de conscience et l'organisation du mouvement des usagers est une avancée importante qui ne peut qu'encourager tous ceux qui se sont battus pour changer les pratiques de la psychiatrie. Nous ne pouvons que nous réjouir de la création des GEM qui constitue une innovation révolutionnaire permettant un changement de regard sur les personnes atteintes dans leur psychisme, changement qui s'inscrit dans ce long processus de désaliénation et de retour à la citoyenneté des malades mentaux.

La revendication d'une place d'usagers qui coupe le lien d'assujettissement aux soignants et la reconnaissance de leur situation de handicap s'inscrit dans un processus de réappropriation de la parole, aussi difficile qu'il soit à comprendre parfois par les soignants. Guy Baillon que je cite de nouveau explique très bien que *« nous sommes passés d'un monde de paroles non valides à un monde où le fait de dire « je suis une personne en situation de handicap psychique » restaure cette personne, le « je » partiellement non malade de la personne est reconnu et lui donne un autre statut »*.

Aujourd'hui, force est de constater ce sont les usagers qui sont le fer de lance des changements, face à des professionnels désabusés et inquiets devant une politique de santé mentale réduite à sa composante sécuritaire.

Le militantisme des psychiatres pour les patients a laissé la place à celui des familles et des usagers. Ce sont eux qui ont la légitimité pour réclamer et bâtir des réponses que nous n'avons pas toujours su construire, parce que nous n'avions pas compris que la psychiatrie et le secteur n'avait pas vocation à répondre à tout. J'affirme que c'est avec les représentants des usagers eux-mêmes en y intégrant les familles que nous devons envisager l'avenir de la psychiatrie.

Droits fondamentaux de la personne et éthique professionnelle soignante : Quelques considérations à propos de l'obligation de soin.

|| Ce texte n'est pas celui prononcé lors de la journée de Lille, mais l'essentiel d'un texte soumis aux « 39 », et ||
|| aussi à l'Union Syndicale de la Psychiatrie, pour débattre de la réforme annoncée de la loi du 27 juin 1990. ||

Première question : Quel est le point de départ de notre discussion ? L'absolue nécessité de ne pas opposer seulement un front du refus. Nous dénonçons avec talent la dérive sécuritaire et nous continuerons à le faire. Je rejoins tous ceux pour qui nos pratiques et notre éthique ont bien davantage à avancer et à faire prévaloir que le seul NON à la répression, à l'instrumentalisation, à l'écrasement des patients comme des soignants ; aussi essentiel et forcené (« Nous sommes tous des schizophrènes dangereux ») soit-il.

➔ Pouvons nous alors poser au pot commun les premiers mots clés suivants : refus de loi d'exception ; désaliénisme (psychiatrie démocratique ?) ; droits fondamentaux (incluant le droit au soin) ; obligation de (prendre) soin (psychique) pour l'Etat et la psychiatrie en tant que droit commun pour toute personne qui le nécessite ou le demande ; le « malade mental » est un humain, une personne, un individu, un sujet de droit, un sujet ... notre semblable. ➔

Deuxième question que je nous pose : Est-il possible de riposter et ensuite de l'emporter seulement avec une assise de professionnels et sans position affichée et partagée ?

➔ « *Tout est en train de se durcir tant du côté de l'Etat que de la Justice.* » (Patrick Chemla) : constat évident et partagé. Mieux encore, le texte de Franck Chaumon, *La psychiatrie sous contrainte*, vient dire la situation.

➔ Puisque « *l'hétérogène, c'est de l'hétéroclite organisé* », nous devrions avoir les moyens d'oser organiser une contre-offensive principielle et propositionnelle qui impose débat et reconsidérations.

➔ « *Le risque c'est l'exemple* » disait Victor Hugo. L'exemple c'est l'influence qu'exerce une personnalité, un groupe.

En complément, ceci : « *Evoquer légitimement le risque ne consiste pas à placer l'incertitude et la peur au cœur de l'avenir, mais au contraire à essayer de faire du risque un réducteur d'incertitude afin de maîtriser l'avenir en développant des moyens appropriés pour le rendre plus sûr.* » (Castel, 2003). Alors pourquoi dans cette discussion, ne pas réfléchir une *éthique du risque* ?

« *Il y a éthique d'abord parce que, par l'acte grave de position de liberté, je m'arrache au cours des choses, à la nature et à ses lois, à la vie même et à ses besoins. La liberté se pose comme l'autre de la nature. Avant donc de pouvoir opposer... Loi morale à Loi physique, il faut opposer le pouvoir-être à l'être donné, le faire au tout fait.* » (Paul Ricoeur). On est en plein dans ce qui nous oppose aux tenants du scientisme, du cognitivo-comportementalisme, de l'évaluation et des protocoles.

➔ L'expérience de l'altérité fonde l'éthique. L'altérité ici n'est pas simplement au sens de mêmeté, mais bien l'altérité comme différence, comme opposition entre deux. L'hétérogénéité est en effet y compris présente dans le consentement, le con-sentir, puisqu'il y a forcément partition des places, des rôles, des paroles, des pouvoirs. A fortiori quand il s'agit de placement involontaire, d'internement, de détention, de traitement obligatoire.

➔ Pourquoi faut-il une loi ?

« *La législation psychiatrique est une codification technique de la conduite de la société à l'égard du malade mental. Cette conduite est déterminée par un état social donné.* », affirmaient Georges Daumézon et Lucien Bonnafé, (*L'internement conduite primitive de la société devant le malade mental. Recherche d'une attitude plus évoluée*, Documents de l'Information Psychiatrique n°1, 1953, pp. 81-107)

On peut compléter par ce propos de Mireille Delmas Marty, qui présida la commission de préparation de la réforme Badinter du code pénal : « *C'est peut-être l'exemple des aliénés qui permet le mieux de comprendre comment se développe un raisonnement juridique qui tend à définir le seuil de compatibilité entre normes juridiques et médicales* » (*Un nouvel usage des droits de l'homme*, in *La fabrique du corps humain – éthique médicale et droits de l'homme*, Actes Sud/INSERM, Paris, 1988, pp. 313-331).

Pour finir de délimiter le champ de réponse, on peut ajouter ceci :

« *En tant que technique sociale spécifique, le droit peut être utilisé en vue d'atteindre n'importe quel but social. Il est donc étroitement lié à l'ordre social dont il est issu et dont il désire le maintien.* », Hans Kelsen, *Théorie pure du droit*, Editions de la Baconnière, Neuchâtel, 1988.

DES PRINCIPES À DISCUTER ET À AGITER :

Je propose que nous partions d'une posture qui ne soit pas celle du type « projet de loi », mais bien de ce qui découle d'une éthique du soin que nous partageons au-delà des spécificités de nos pratiques thérapeutiques.

Pour une réforme de progrès dans le soin obligé et la justice à faire aux personnes présentant un état de nécessité de soin psychiatrique

La loi du 27 juin 1990, toilettage de la loi du 30 juin 1838, répond de manière contestable et insatisfaisante à un tel objet. Nous devons être d'autant plus décidés à un changement législatif radical, que Sarkozy a persisté dans son discours d'octobre 2009 dans la ligne de celui du 2 décembre 2008, face auquel nous avons affirmé publiquement et massivement notre opposition déterminée et active.

La seule réforme possible de la loi de 1838 disaient en 1967 Lucien Bonnafé, Henri Ey et Paul Sivadon, consiste en une loi qui dit, article unique, la loi de 1838 est abrogée. Ne devons nous pas être résolus à mettre en discussion publique une telle orientation de réforme dans ses principes fondamentaux comme pour le concret de son application dans le droit commun ?

➔ Pour définir ce qui pourrait devenir notre mode commun de penser, en ce qui concerne une loi de "placement involontaire" et de traitement contraint, il faut écarter tout autant la tyrannie du consensus si courante dans nos professions³, la croyance à la solution par l'autoritarisme qui redonne grand place à l'enfermement, à la contrainte, au contrôle social, l'exclusion du risque qui signe la politique de la peur, le poids du médiatique qui renforce l'invocation tous azimuts de la dangerosité, la revendication des victimes, etc... L'adresse au droit doit permettre notamment d'encadrer, limiter le cours actuel (depuis les années 90) d'expansion expertale, d'ambition savante prédictive, de prétention à évaluer et à solutionner qui s'emboitent à la démagogie victimaire et à la folie répressive de la société actuelle. Notre adresse au droit se doit d'intégrer la part d'*utopie concrète* contenue dans nos entreprises, d'enregistrer les modifications des pratiques qui vont dans ce sens, de prendre acte du patient et de l'usager en tant que sujet, ici sujet de droit en l'occurrence.

➔ Le soin obligé impose, du point de vue légal, une loi qui départage et arbitre entre les protagonistes d'une situation de gravité psychiatrique et qui garantisse la plénitude comme l'effectivité des droits de la personne concernée.

La législation psychiatrique ne doit plus être une législation d'exception. Nos aînés considéraient que la loi du 3 janvier 1968 sur les incapables majeurs était un pas essentiel dans l'intégration des « malades

³ En référence entre autre à la « **SYNTHESE DES POSITIONS DES PARTENAIRES SUR LES EVOLUTIONS A APPORTER A LA LOI DE 1990 RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HOSPITALISEES EN RAISON DE TROUBLES MENTAUX ET A LEURS CONDITIONS D'HOSPITALISATION** », DECEMBRE 2007, unissant Syndicat Universitaire de Psychiatrie (CASP), Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM), Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy), Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés, Association Française des Directeurs de Soins (AFDS), Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (IDEPP), Fédération Française de Psychiatrie (FFP), Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des pratiques en Psychiatrie (CEFI-PSY), Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM), du Collège de Recherche et d'Information Multidisciplinaire en Criminologie de l'Université de Poitiers (CRIMCUP), Syndicat des Psychiatres de Secteur (IDEPP), Syndicat universitaire de psychiatrie, Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH), CGT, CFDT santé-sociaux..

mentaux » dans le droit commun ; attente déçue par la loi de 1990. L'Espagne a été plus loin : c'est un article du code civil qui régit les internements pour le « présumé incapable » (rédaction de 1983, réformée depuis) ; il s'agit là d'incapacité au sens de manque de discernement et d'état ne permettant pas à la personne de consentir.

Certains pays ont aménagé cette incapacité à consentir en « directives anticipées » (Suisse), en désignation d'une « personne de confiance » (Belgique ; il serait intéressant de faire un bilan en France de cette pratique stipulée dans une loi Kouchner) ; l'origine vient d'une revendication de mouvements d'usagers et ex-usagers (allant jusqu'à se désigner comme « survivants » de la psychiatrie) : le « psychiatric will » (testament psychiatrique). Il faudra réglementer de même la possibilité d'application contrainte de traitement, le type de traitement donnant droit à une deuxième opinion (que celle du psychiatre traitant).

➔ Le placement involontaire (ou internement, ou hospitalisation sous contrainte) est une mesure limitative ou privative de liberté et qui autorise à passer outre au consentement libre et éclairé de la personne visée par la mesure.

Première ligne d'affrontement avec les orientations du président de la République, qui en demande le renforcement, nous récusons que le pouvoir de décision soit administratif, ce qui a toujours donné un sens de loi de police et un caractère de mesure de sûreté à l'internement psychiatrique.

✓ A la lumière de l'évolution contemporaine de la psychiatrie, comme du droit en France et dans les pays du Conseil de l'Europe, il s'agit de répondre à l'état de nécessité de soin psychiatrique dans le cadre du droit commun, et donc d'en confier l'autorisation et le contrôle au pouvoir judiciaire civil. Il ne faut pas oublier que le préfet est chargé de l'application de la politique gouvernementale et tout particulièrement du ministre de l'Intérieur, alors qu'un juge est en charge d'appliquer les lois. Pas d'angélisme pour autant. L'idée de « bonne loi » est déjà discutable ; quant à l'application effective, elle en serait bien trop souvent formelle, garantiste, si elle n'est liée à des pratiques idoines.

La « judiciarisation » du « placement involontaire » modifie l'implication et les places des différents acteurs dans l'obligation de porter soin à toute personne qui le nécessite dans le respect de la dignité de sa parole et de sa personne, de ses droits.

L'internement psychiatrique doit se voir appliquer le principe de subsidiarité. Celui-ci signifie que doit être établi : que la personne concernée refuse soin et traitement, qu'elle présente un état psychiatrique avéré, cliniquement grave et aigu, et qu'aucun autre moyen de soin n'a pu être proposé ou accepté. L'internement ne peut se dérouler que dans un lieu de soin spécialisé agréé et assurant des soins 24h /24.

Une telle position signe non seulement une obligation de soin pour les personnes présentant cliniquement un état de nécessité, mais aussi une obligation de soin pour les soignants et services, de même qu'une obligation de moyens pour l'Etat en vue d'une psychiatrie d'accueil et de soin. Réfléchissons à cette affirmation (discutable) de Georges Daumézon : « *Comme l'acte médical, l'acte psychiatrique s'analyse comme une relation entre un sujet et un technicien dans cette relation, seul le malade est sujet, le praticien doit se maintenir en constante position d'objet, d'objet d'usage, d'instrument.* »⁴

En conclusion :

« *Le seul texte législatif s'appliquant pleinement et exclusivement à la maladie mentale et qui ne soit point anachronique serait la traduction dans les formes juridiques actuelles de la proposition : La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés est abrogée*⁵ »⁶ Cette prise de position radicale que nous devrions reprendre se complétait par : « l'abandon de l'attitude ségrégative vis-à-vis des malades mentaux, et la disparition des hôpitaux psychiatriques et des maisons de santé fonctionnant sous le régime de la loi de 1838 en tant que lieux spécifiques d'internement »⁷. L'option de nos aînés est à l'époque sanitaire : « les mesures de collocation forcée ou de soins imposés,, relèvent d'ajustements du code de la santé, éventail de problèmes sur l'exigence thérapeutique et le consentement du sujet, du coma à la grève de la faim. » (note 4),

⁴ Daumézon Georges, *Pour introduire la réflexion*, in Guy Maruani, *Psychiatrie et éthique : le psychiatre face au malade, à la société et à lui-même*, Privat, Toulouse, 1979.

⁵ On peut en exiger autant pour la loi du 27 juin 1990.

⁶ Ey H., Sivadon P., Bonnafé L., *Faut-il « réformer » la loi de 1838 sur les « aliénés »*, *Le concours médical*, 21 janvier 1967, 89, 3, pp. 533-537.

⁷ Mignot Henri, *Réflexions sur les principes d'une nouvelle législation concernant les malades mentaux*, *L'évolution psychiatrique*, 1967 II, pp. 375-402.

avec nécessité d'en rendre compte à l'autorité garante des droits des individus, au pouvoir judiciaire. C'est ce qu'a réalisé Franco Basaglia en Italie en 1978, avec une loi instaurant le Traitement Sanitaire Obligatoire, intégrée à la Loi d'institution du service national de santé. Les « questions techniques auxquels nos illustres aînés se référaient, soit la dimension sanitaire et clinique, mais aussi celle de la vie publique des personnes concernées (à différencier de la notion de troubles de l'ordre public, de dangerosité sociale, etc.) doivent prévaloir toujours. Mais, comme le fait d'ailleurs la loi italienne, toute loi dont le propos est le soin sans consentement doit être une loi de protection de la personne (donc dans laquelle l'autorité judiciaire intervient) et non une loi de police (mesure de sûreté sous la houlette du préfet).

Aujourd'hui, le paradigme dominant n'est plus le même que dans les années 70, à l'évidence. Et cela conduit à conséquences sur les positions à prendre et à défendre. N'oublions pas que, depuis le rapport Strohl de 1997, coure l'option d'un traitement obligatoire dans la communauté et d'une rétention pour évaluation de 72 heures sous contrainte et dans le cadre hospitalier. La « synthèse de décembre 2007 » (citée en note p.26) confirmait cette orientation sur laquelle peuvent être greffées les exigences sécuritaires de Sarkozy. Il s'agit de s'opposer résolument à la perspective d'un nouveau grand renfermement opérant aussi bien dans les hôpitaux que sur le territoire. Nous sommes sommés alors de trouver les voies pour empêcher la « psychiatrie criminelle » dont parle Sarkozy dans son discours du 6 octobre 2009, soit une psychiatrie instrumentalisée au regard de ses missions de soin, une psychiatrie managée et managériale, une psychiatrie d'élimination (comme la justice voulue par les lois Sarkozy), une psychiatrie participant de la société de surveillance (projet du néolibéralisme), une psychiatrie du leurre scientifique et du déni du sujet.

Christian LAVAL,
Sociologue,
Directeur adjoint de l'ORSPERE/ONSMP

Créer, c'est résister

Le cycle de recomposition de l'identité et de la culture professionnelle, inaugurée en santé mentale depuis trois décennies, est dans une phase de mutation qui entraîne un certain malaise. Trois constats peuvent rendre compte de cette mutation :

Premier constat : Les praticiens au front des dispositifs pallient la défaillance des institutions. Les praticiens s'engagent entre eux et vis-à-vis des usagers par le fait qu'ils partagent un problème mis en commun, dans un contexte d'institution défaillante ou de mise en échec des institutions (éducatives, soignantes,..). Un seul exemple : certains adolescents se retrouvent exclus scolairement, socialement et sont aussi en rupture de soin. Ils présentent par ce fait une mise en échec des institutions censées les éduquer, les soigner, et les protéger. Comment pouvoir prendre soin de ces jeunes de manière différente ?

Second constat : Les professionnels vivent cette fonction « palliative » comme une situation d'implication mais aussi d'embarras. Ils sont déstabilisés par une kyrielle d'injonctions institutionnelles contradictoires. L'explosion des dispositifs à temporalité de plus en plus courte s'articule avec des programmes axés sur des populations cibles posant de plus en plus souvent un « problème public » où soin et ordre public sont inextricablement liés. Jusqu'où est-il possible dans un contexte de prescription contradictoire de s'aligner sur la position de l'autre sans y perdre son identité ?

Dernier constat et non des moindres. L'implantation durable du nouveau management public dans le champ de la santé (mentale). Il convient sur ce point de se reporter —entre autre— à la revue Rhizome de l'automne 2009 intitulée : « le nouveau management public est-il néfaste à la santé mentale ? »

Pour les professionnels, les conséquences cumulées de ces constats sont de deux ordres : procéduralisation des tâches accrues et sur-responsabilisation des individus. La mobilisation plus importante de la part personnelle dans l'activité professionnelle risque fortement d'augmenter les processus d'écrasement de la subjectivité (stress, usure, pathologies du travail). Comment combattre ou à minima canaliser la réforme du management public et la procéduralisation des tâches devenue un modèle réglementé donc qui s'impose aux agents ?

Société complexe, institutions et professionnels

En vis-à-vis de ces premiers constats et de leurs conséquences sur les professionnels, quel sens peut-on donner à ces évolutions ?

Durant un demi-siècle, le rapport entre professionnels et institution est demeuré en équilibre (certes conflictuel). C'est cet équilibre qui est aujourd'hui remis en cause. Pour comprendre cette rupture, il faut analyser de près le rapport complexe que les professionnels du soin psychique entretiennent avec l'institution psychiatrique depuis quatre décennies. Cette question s'inscrit dans un débat très actuel entre ceux qui estiment que la société est engagée dans un processus généralisé de désinstitutionnalisation et ceux qui estiment que l'on assiste au contraire à de nouvelles formes d'institutionnalisation.

Pour penser cette controverse, les professionnels de la psychiatrie se sont enrichis depuis cinquante ans d'un vrai trésor de guerre : celui des pratiques alternatives. Celles-ci ont été souvent présentées comme des dispositifs de désinstitutionnalisation. Ce qui ne rend compte que de la moitié du problème. En fait pour saisir la nature, *a priori* moins visible, du lien entre alternativité et réinstitutionnalisation, considérons-le fait que *le soin psychique est devenu une forme d'action publique multi modale dont le devenir ne lui appartient plus en propre.*

Reprenons. La société moderne est fragmentée. Elle est formée de sous-systèmes qui tendent à résoudre des problèmes spécifiques et dont la dynamique générale est de nature autoréférentielle. Le renoncement de la maîtrise toute puissante par l'état de sous-systèmes d'intervention va de pair avec l'incorporation des représentants des professions dans le processus de mise en problème et de décision. Les professionnels

engagés dans un sous système (santé, social) ont alors tendance à s'auto référencer et à s'auto défendre. Selon les moments de ce rapport évolutif entre l'Etat et le champ professionnel on peut parler de phase de responsabilité, de légitimité des professionnels à réformer l'institution ou, dans les situations plus tendues, de résistance plus ou moins active.

Ainsi la psychiatrie s'impose aux professionnels en tant qu'elle s'est construite comme institution qui travaille à sa reproduction. En même temps, les professionnels qui « habitent » cette institution, produisent sans arrêt des cadres d'interprétation des problèmes qui s'imposent à eux dans des configurations locales et situés. L'apprentissage et la transmission de ce travail d'écart par rapport à la reproduction du Même oblige à une réflexivité souvent inquiète qui est de nature à la fois personnelle et technique mais aussi politique. Nous voudrions insister d'emblée sur cette dimension politique de l'action professionnelle. Alors qu'elle est toujours tangible, elle est discrète la plupart du temps et refait surface seulement en situation de tension. Alors, elle consiste spécifiquement à se situer dans la controverse des changements non seulement possibles mais aussi déjà à l'œuvre et à entrer en discussion — pas toujours fluide — avec les pouvoirs publics, avec les usagers et autres acteurs aux fins de défendre des options et des choix qui par définition sont *a priori* incommensurable avec les choix défendus par d'autres. Le champ politique est ici à entendre comme le lieu toujours fragile où ces choix incommensurables se confrontent et finissent par produire une communauté de sens pour une majorité d'acteurs. Jusqu'où cet espace de sens commun est garanti par l'Etat est une question itérative. A partir du moment où de plus en plus d'acteurs extérieurs (les usagers, les élus locaux..) exigent d'avoir voix au chapitre, participent à configurer ce que devrait être une action publique de santé mentale, l'Etat peut non exceptionnellement perdre sa capacité à hiérarchiser les intérêts contradictoires ou pire bloquer les processus de changements provoquant alors une situation bien identifiée par les acteurs par le terme d'immobilisme.

Si le changement est la résultante des interactions entre l'Etat et les acteurs des différents sous-systèmes qu'il tente de coordonner, alors la force de proposition et l'inventivité des acteurs professionnels (au-delà de la résistance passive) dans ce processus de changement devient un enjeu majeur dont il convient de mieux comprendre la dynamique générale. Dit autrement, aux **professions** envisagés comme des instruments techniques au service des buts et missions poursuivis par l'Etat, se substitue des **professionnels** auto référencés et réflexifs. Ceux-ci vont tenter de dégager des marges de manœuvre et donc de confronter et de composer avec d'autres leur vision du monde du soin psychique et de ce que devrait être une politique de santé mentale digne d'être soutenue. Il faut bien comprendre que cette tentative d'imposition/ confrontation se fait au nom même d'une lutte contre la contrainte exercée par les institutions et leurs normes établies. Cette interpénétration des niveaux individuels/ professionnels et des niveaux de structure vise un changement ordonné car négocié selon une éthique de la discussion argumentée. Mais parfois ce processus s'enraye. Le nombre impressionnant de rapports produit sur l'état et le devenir du soin psychique depuis les années 1980 est un signe fort de la violence feutrée qui colore ce champ de pratiques, et donc des intérêts sous jacents divergents et des conflits dits ou déniés qui traversent ce sous système de la santé mentale. La mise en problème incessante de nouvelles formes de troubles et de souffrances, la difficile mise en agenda des réformes proposées ou bien encore les modalités souvent peu lisibles de réponses publiques, tout nous oblige à aller au-delà des explications simplistes de type calendrier électoral toujours trop court pour organiser les étapes de changement.

La clef de compréhension de certaines fluctuations ou flottements d'alliance ne peut être comprise par l'observateur qu'en tentant de différencier les figures d'acteurs institutionnels, de celle d'acteurs critiques et encore de celle d'acteur créatif. Tout en intégrant le fait que ces figures peuvent être abritées *alternativement* parfois par la même personne !

Que faire alors ? Et comment le faire ? Insistons pour finir, sur cette figure de l'acteur créatif. Vous l'aurez compris, l'acteur créatif ne s'oppose pas frontalement à l'acteur intéressé ou critique. L'acteur créatif est aussi et même plus souvent qu'à son tour un acteur rationnel dans sa critique. Il est, comme tout acteur, pris dans des logiques institutionnelles. Bref il n'est pas libre étant toujours situé dans un contexte de contrainte cognitive et normative. *Mais ce qui le caractérise c'est qu'il ne néglige pas de s'engager dans des processus alternatifs.* En fait comme l'histoire de la psychothérapie institutionnelle le montre, les acteurs créatifs contribuent à faire changer les institutions en même temps qu'ils sont contraints par les institutions qui les légitiment (la psychiatrie en l'occurrence). Si on applique ce raisonnement au temps présent, on s'aperçoit alors que certains professionnels et pas d'autres (et non pas certaines professions) ont su et savent encore contribuer activement à construire des alternatives institutionnelles dans le même temps où

les institutions les brident. Les travaux d'Hans Jonas sur *l'agir créatif* et Neil Fligstein⁸ sur *l'acteur ingénieux* peuvent ici nous être d'un précieux recours. Ces deux auteurs posent l'importance d'une réflexion plus systématisée sur les processus de changement et de créativité sociale. Mais Fligstein plus particulièrement postule chez celui qu'il nomme l'acteur ingénieux une forme de ressource entre compétence et habilité qui consiste à savoir traduire mais surtout à savoir faire coopérer des mondes sociaux et professionnels aux cultures et aux intérêts différents. Il n'en reste pas là et postule que ces acteurs ingénieux sont des acteurs indispensables dans le processus de changement car ils savent produire des praticiens plus indéterminés quant à leur sentiment identitaire et leur culture de corps professionnel. C'est dans cette problématique du changement que nous avons introduit, lors d'une recherche récente, une tension constitutive entre *professionnalisme et professionnalité*. Alors que le professionnalisme a tendance en cas de mise en péril de l'identité professionnelle à défendre le statu quo, la professionnalité, en tant que pratique ingénieuse, tentera de créer de nouvelles règles créatrices d'un cadre institutionnel renouvelé quant aux intérêts et aux identités des acteurs.

Ces travaux sont corroborés par beaucoup d'autres qui repèrent dans les processus de changement des sous systèmes quels qu'ils soient des figures de traducteurs, de transcodeurs, de médiateurs qui à un moment clef de la vie institutionnelle savent promouvoir une alternative ingénieuse. Enfin, ils sont souvent des passeurs entre la logique « top down » et « bottom up » qui caractérise le modèle contemporain d'un Etat moderne lui-même devenu médiateur.

L'acte de résistance est proprement inconcevable sans recherche d'alternativité. N'ayons pas peur d'inverser la belle formule de Florence Aubenas et de Miguel Benasayag : « Créer, c'est résister ».

⁸ Neil Fligstein, "Social skill and the theory of fields", Berkeley university of California , 2001

Pierre DELION
Professeur de psychiatrie, Lille

Enjeux cliniques et professionnels du travail en psychiatrie de service public

Tout d'abord, je tiens à remercier profondément les organisateurs de cette journée de manifester ainsi leur solidarité avec Pierre Parésys et moi pour les attaques dont nous avons été les objets ces derniers temps, car ce traumatisme ne s'effacera pas facilement. En effet, ces attaques ont eu et auront des conséquences sur ma propre vie professionnelle et personnelle, du fait de leur violence et de leur déraison. Mais si je réagis ainsi ce n'est pas (seulement) par nombrilisme exagéré, plutôt parce que je découvre que mon compère et moi sommes sans doute représentatifs de nombre de nos collègues engagés dans la pratique d'une psychiatrie désaliéniste, critiqués par les partisans objectifs d'une psychiatrie sécuritaire, mais peut-être aussi pour des raisons conjoncturelles du fait de nos prises de positions plus visibles dans le contexte actuel (notamment l'aventure de « pas de zéro de conduite »), et aussi pour des « choses » qui nous sont « reprochées ». L'utilisation de ce vocabulaire de l'école primaire pour qualifier et s'inquiéter d'un élève en mauvaise passe auprès de ses parents est à l'aune de ce qui se passe ces temps-ci en matière de démocratie de la part des gouvernants et de certains citoyens : « surtout ! ne pensez pas trop ! restez des enfants, nous nous occupons de tout ».

Pierre Parésys a fait l'objet d'une rétorsion directe résultant de ses prises de position dans le service public de psychiatrie. Il paye et va payer bien chèrement sa liberté de ton et d'esprit en terme symbolique, à la fois dans le service qu'il a dirigé jusqu'alors et dans ses rapports avec les autorités de tutelle régionales, puisque son remplacement en tant que responsable du service sectorisé dans lequel il avait assumé sa responsabilité antérieurement, a été demandé par les directeurs de son hôpital et de l'agence régionale. Les personnes qui ont décidé cette mesure indigne de notre démocratie, viennent, sans le savoir ou en le sachant, confirmer nos pires craintes en ce qui concerne l'application « dure » de la loi Bachelot. Si vous aviez encore des doutes sur l'application de la supériorité hiérarchique des directeurs dans les hôpitaux...Et notre ami Pierre Parésys a au moins l'avantage, peut-être le seul, de savoir qui pilote l'oukase et quelle est la cible visée. Par contre, en ce qui concerne l'affaire dans laquelle je suis « trempé » (le packing est habituellement réalisé avec l'aide de linges mouillés !) en tant que victime expiatoire d'une association de parents d'enfants autistes qui m'a déclaré, ainsi qu'à d'autres plus récemment, une guerre sans merci, les buts de la manœuvre calomniatrice sont beaucoup plus délicats à déterminer, hormis ce qui apparaît dans les médias et sur le site de l'association en question. L'aphorisme « à qui profite le crime ? » peut toutefois être utilisé dans cette occurrence, car voilà un scénario paranoïaque en diable dans lequel il me faut l'aide de tous mes amis parents d'enfants que je soigne depuis des lustres, et professionnels de tous bords que je connais depuis longtemps, pour faire pièce à ce fantasme qui m'envahit parfois : soit me lancer dans des procès en défense contre ces stratèges de la communication soit, à l'inverse, tout laisser tomber. Mais ce n'est pas le genre de la maison (folie), et si c'est le but recherché, je suis désolé de m'accrocher à mon poste et à mes fonctions : je suis un adepte de la continuité (des soins) ! Mais dans les deux cas, il s'avère que la stratégie qui est à l'œuvre est celle de la déstabilisation de l'adversaire par la mise en cause de ses capacités, compétences et autres habitudes qui fondent notre légitimité ordinaire et fonctionnelle, celle qui nous permet de travailler avec les patients, leurs familles et les professionnels qui les accueillent. Avec les moyens de communication récents, il est facile de « descendre » quelqu'un en maniant avec une subtilité relative la calomnie dans la mesure où les effets attendus — la déstabilisation de l'adversaire — sont quasiment immédiats, tandis que le droit qui permettrait d'en arrêter les errements sera lui, très long à mettre en œuvre, et pour des résultats — le franc symbolique de dommages et intérêts — très en dessous des dommages causés. Ce qui laisse à penser que ces basses manœuvres sont l'objet de stratégies organisées qui nous rappellent tellement les menées contre la psychiatrie d'une certaine église de scientologie en son temps...C'est aussi, parmi bien d'autres éléments, ce qui me conduit à parler aujourd'hui de passage progressif de la démocratie à la (pseudo) « démocratie médiatique ». En effet, la parole libre, celle du débat démocratique, celle de la conflictualisation des problèmes de la vie quotidienne, ce que nos « ancêtres » appelaient la dialectique, n'est plus de mise : on ne pose pas une question sur un

sujet dont on cherche à savoir pourquoi et comment il se règle de telle ou telle manière, afin de faire avancer la problématique dont il relève, non !, on « tire » sur une personne, on la dénonce aux représentants de l'Etat en pensant que ce dernier va rendre un avis dans le sens attendu et le problème soulevé est transformé d'un coup en personne représentative à « supprimer » de façon à faire taire le problème qu'elle représente. Cette tactique de dénonciation, proche des pratiques des temps d'occupation, est mortifère : elle porte en elle la mort sinon des personnes, du moins de leur pensée, laquelle ne peut se satisfaire de totalisation univoque : la pensée est plurielle, la pensée est contradictoire, la pensée est coûteuse en énergie et exigeante en définition. La démocratie médiatique, elle, est portée par des « thanatophores ». Et des médias peu scrupuleuses, plutôt que de servir, en tant que quatrième pouvoir, la démocratie, d'un coup, l'aliènent, en se faisant les renforçateurs de ces procédés totalisants. Le stalinisme rampant est de retour et les affaires Lyssenko et Jdanov vont reflourir comme autant de souvenirs vénéreux d'une tyrannie pratiquant la « langue du troisième empire » (LTI de Klemperer), pensée à propos du Reich (le troisième), mais qui se généralise à toutes formes de totalitarisme, actualisant l'invention orwellienne, la « novlangue ». Pour ceux qui ne seraient pas au courant de l'« affaire packing », il s'agit de l'accusation par une association de parents d'enfants autistes, de pratiquer une méthode barbare, le packing, en torturant les enfants, en ne prévenant pas leurs parents qu'on la leur applique et d'autres fariboles de ce niveau. Je ne vais pas ici refaire un cours sur cette technique de survie dans quelques cas d'enfants autistes notamment automutilateurs, mais plutôt renvoyer à mes écrits publiés sur cette question. Toujours est-il que cette association, profitant de la journée mondiale de l'autisme en avril 2009, défilent déguisés en patients « packés », et sont reçus par des fonctionnaires du ministère de la santé auxquels ils demandent un moratoire sur le packing. Une large place est faite dans les médias à cette manifestation inhabituelle et une longue interview m'est demandée par la télévision, mais qui ne sera pas diffusée, laissant ainsi la place aux seuls détracteurs de cette technique, sans la nécessaire contrepartie « démocratique ». Le débat est tronqué dès le départ par désinformation du public. Et toujours est-il que la calomnie se répand et a pour effets de déclencher des mesures et contre mesures au niveau ministériel, dont certaines ont eu des effets délétères sur la pratique elle-même, nous mettant par le biais d'internet et des sites se faisant l'écho de tels propos, dans une très grande difficulté pour continuer les soins entrepris auprès des enfants, et jetant sur l'ensemble de ma pratique et sur celles des équipes pratiquant le packing, un discrédit dont les effets continuent toujours aujourd'hui, remettant en cause la recherche scientifique entreprise dans le cadre ministériel (PHRC accepté par le ministère en 2008). C'est ainsi que Valérie Létard, alors ministre déléguée aux personnes handicapées, se permet de reprendre sans aucune précaution les propos du président de l'association en question et de hurler avec les loups. Son discours ira jusqu'à figurer sur le site du ministère. Heureusement, Roselyne Bachelot, conseillée par quelques uns des hauts fonctionnaires de façon tempérée, fera une rectification rapide. Mais le mal est fait et de nombreuses équipes abandonnent la pratique du packing par crainte de rétorsion. Quand je repense maintenant à cette affaire, je me dis que je n'ai pas assez tenu compte de la proposition de Tosquelles qui consiste à faire avancer nos pratiques de psychothérapie institutionnelle sur deux jambes : la jambe psychanalytique et psychopathologique et la jambe politique. Ici nous n'avons pas assez parlé de nos pratiques, de nos techniques, de nos problèmes concrets de soins dans des situations extrêmes, telles que celles des automutilations, notamment auprès des parents, de leurs représentants associatifs, des tutelles... Mais trêve de regrets, si cette opportunité ne s'était pas présentée sur un tel sujet, il m'apparaît désormais incontournable que nos détracteurs en aurait trouvé une autre, puisque ce qui se manifeste progressivement, ce n'est pas tant la critique de la pratique du packing elle-même, qui se révèle uniquement un « embrayeur » pour la déconstruction de la pédopsychiatrie française de secteur, mais bien plutôt la psychanalyse et la psychopathologie comme signes de la ringardise des pédopsychiatres français. Il me semble donc important de resituer toute cette affaire dans le contexte général de la disqualification des acteurs de santé par les détracteurs institutionnels et en premier lieu par les gouvernants et leurs experts manifestement incompetents dans ce domaine, qui, par souci démagogique ont beau jeu de faire passer la psychiatrie de secteur pour une doctrine vétuste n'ayant pas montré ses capacités de venir à bout de tous les problèmes présentés par la folie dans notre société. La remise en cause par nos propres gouvernants de nos moyens de travailler vient légitimer les forces qui sont à l'œuvre pour la déconstruire. Il est facile aujourd'hui d'oublier les longs processus qui avaient permis d'en changer les mécanismes et d'en transformer les dispositifs opératoires. Et actuellement, une des principales tendances pour faire oeuvre de déconstruction de la pensée qui a présidé aux radicales transformations de l'asile en dispositif ouvert et accueillant la souffrance psychique dans la cité, est l'utilisation sans vergogne de la science comme garant de la vérité internationale (transatlantique), la seule qui vaille désormais... De ce point de

vue, la science est une ossature forte de nos pratiques et théorisations médicales. Et nous ne pouvons que nous réjouir des avancées scientifiques qui nous permettent de mieux comprendre et de mieux soigner. Mais par contre, il est important de rappeler que la médecine qui n'est qu'une des formes particulières de la relation humaine créée pour soulager les souffrances humaines, si elle doit absolument intégrer les avancées scientifiques en question pour mieux soigner, ne doit pas, sous ce seul prétexte, laisser tomber tout ce qui serait du registre humain pour satisfaire aux exigences scientifiques. Aujourd'hui, plus que jamais, la maxime rabelaisienne « science sans conscience n'est que ruine de l'âme » s'impose à nos pratiques et à nos réflexions, et rappelle que l'éthique est le fondement de notre exercice médical. En psychiatrie plus qu'ailleurs, et en pédopsychiatrie encore plus qu'en psychiatrie, la question de la relation se pose de façon exemplaire, et toute praxis qui prétendrait s'y soustraire ne pourrait que déboucher sur des pratiques peu acceptables. Prescrire du méthylphénidate à un enfant qui présente tous les signes avérés de ce nouveau syndrome, « le THADA », est un élément du traitement ; mais ne prescrire que ce psychotrope en prétendant que cette prescription résout l'ensemble du problème posé à l'enfant par ce diagnostic est précisément ce qu'il me semble important d'éviter. Un travail psychothérapique pour lui permettre de « faire-avec » cette pathologie et avec la prescription qu'elle nécessite est pour moi une évidence « culturelle ». D'où la notion de pédopsychiatrie intégrative, celle qui consiste à proposer à l'enfant qui vient nous trouver, tout ce que la science en l'état actuel des connaissances peut nous permettre de lui offrir, mais dans un cadre psychothérapique prévalent dans lequel la démarche en appui sur la compréhension psychopathologique est un élément central pour la conduite de la prise en charge de cet enfant, en lien avec sa quête implicite du sens de son comportement. Dans l'approche intégrative, les aspects thérapeutiques sont pris en considération à côté d'autres éléments importants qui relèvent du pédagogique et de l'éducatif, en proportions variables, dépendant uniquement de la construction du costume sur mesure que cet enfant nécessite. Il va de soi que dans une telle démarche, les dimensions scientifiques et psychothérapiques, plutôt de s'opposer ne peuvent que bénéficier de leurs complémentarités. Pour parler clairement, un enfant autiste peut bénéficier d'une approche éducative par une des méthodes que ses parents auront trouvé utile pour son développement et qui viendra compléter les fonctions éducatives parentales. Il peut bénéficier également d'une approche pédagogique en fonction de ses spécificités d'apprentissage. Mais si le cas se présente, et que ses angoisses archaïques sont envahissantes, alors une approche thérapeutique peut venir trouver une place intéressante pour lui dans l'ensemble de ses prises en charge. Et dans les aspects thérapeutiques, pourquoi pas un packing lorsqu'il s'agit d'un enfant très automutilateur chez lequel ont déjà été essayés de nombreux autres traitements sans résultats ? Une telle pratique est de l'ordre de la pédopsychiatrie intégrative et elle nous permet aujourd'hui de proposer des prises en charge répondant à ces difficultés importantes des enfants en question. Nous sommes là très loin de ces revendications paradoxales portées par toujours la même association : « ne parlez plus de psychose parce que cela justifierait la prise en charge par un psychiatre ; vous devez parler d'autisme parce que cela justifie la prise en charge par un neurologue ». Bien sûr qu'il y a des déterminants biologiques dans l'autisme, mais si ces approches doivent profiter des découvertes scientifiques, en aucun cas, elles ne justifient l'abandon de la part développementale et humaine, et donc psychothérapique, de leur prise en charge.

Aussi me semble-t-il de plus en plus important de tenir sur la logique de la psychiatrie de secteur qui a permis de transformer radicalement la psychiatrie antérieure en une théoricopraticque centrée sur le sujet en lien avec les autres et avec la cité, et ce au terme de nombreuses années de souffrances vécues par les patients et leurs professionnels à l'asile avant sa mise en place, et de nombreuses années de réflexion avant son acceptation par la société et ses représentants politiques et décisionnels. La remise en cause de ce dispositif qui demeure la plus grande avancée de la psychiatrie me semble aller de pair avec les reculs récents de la démocratie, les modifications de l'économie restreinte qui président aux problématiques de santé et de société, l'horreur pour la pensée qui se développe de plus en plus dans la politique générale et dans l'économie domestique, en appui idéologique sur son média, principale source de déconstruction de notre humanité, sous la forme de « l'allaitement télévisuel » constant des citoyens, et ce, dès le plus jeune âge.

Pour toutes ces raisons, il me semble utile et profitable de lutter et de résister pour maintenir les conditions de possibilité de cette forme révolutionnaire d'exercice de notre profession, mais aussi d'inventer des formes qui, sans dénaturer la structure fondamentale, permettent d'en tirer toutes les avancées que nous pouvons vraiment en attendre désormais.