



**Ministère des affaires sociales et de la santé**  
**27 septembre 2012**

**Entrevue avec Mrs Vincent Beaugrand (soins premier recours) et Djilali Annane (enseignement médical et recherche)**

Le climat politique a changé et tout le monde s'en félicite (discours de madame le Ministre des affaires sociales et de la santé du 7 septembre proposant un « pacte de confiance » : place centrale et démocratisation du service public hospitalier, concertation de la mission Couty...).

Cependant, il est regrettable que la psychiatrie semble « oubliée » (pas de conseiller !) et qu'aucun projet de réforme ne soit évoqué : la psychiatrie est pourtant un domaine spécifique, d'une importance toute particulière, et tout particulièrement sinistré...

**Présentation USP** : syndicat désaliéniste, critique à l'égard du modèle médical scientiste, car attaché à une compréhension psychosociopolitique des troubles individuels, à la promotion d'une véritable santé (éthique de la subjectivité) et des droits des usagers (libertés fondamentales et vie privée gravement attaquées ces dernières années)

**Objet de l'entrevue** : faire le point sur l'état des lieux de la psychiatrie publique après cinq années de politique de droite dure, en comprendre les principaux enjeux actuels, proposer une autre politique, à la fois sur le plan de l'organisation des soins et sur le plan de l'opposition démocratique au durcissement sécuritaire

**Etat des lieux de la psychiatrie publique :**

En surface, 3 phénomènes :

- 1) pénurie des moyens (vacance des postes, saturation des places) : soins de plus en plus « à flux tendu » ;
- 2) contrôle administratif croissant (protocolisation des actes, certification HAS, évaluation des pratiques, informatisation comptable de l'activité) : la technique supplante le soin ;
- 3) aggravation de la violence institutionnelle, cachée sous le discours de la « sécurité ».

Plus en profondeur, 3 grandes dérives :

- 1) triomphe du comportementalisme et du scientisme basés sur une conception purement instrumentale et adaptative de l'homme (usage des classifications mondiales des « troubles du comportement » ; grilles de comportement et échelles d'évaluation diffusant dans toute la société ; tendance à l'hégémonie des neurosciences, notamment cognitives, assimilant la pensée au fonctionnement d'un ordinateur et postulant la cause biologique de tout trouble du comportement, que l'on pourrait donc prédire ; psychiatrie incluse dans une politique de « santé mentale » éducative, où la santé « mentale positive » est définie comme « capacité à profiter des opportunités » (rapport du Centre d'analyse stratégique de 2009)...

Toutes les orientations actuelles vont dans ce sens : la HAS évalue les méthodes psychiatrique selon « les données actuelles de la science » et prône donc les techniques comportementales dans le traitement de l'autisme ; la santé mentale fait l'objet de « programmes d'apprentissage » dès l'enfance, et de « plans psychiatrie et santé mentale » renforçant l'éducation thérapeutique à l'échelle territoriale ; prétention répétée ces dernières années, appuyée par un autre rapport du Centre d'analyse stratégique et de nombreux rapports gouvernementaux, à prévenir la délinquance dès l'enfance ; formation (et bientôt DPC ?) sous l'influence des lobbies universitaire et pharmacologique ; orientation de la recherche privée d'Etat (FondaMental) et publique (Inserm) vers le dépistage précoce et la génétique ; recherches en neuro-économie et sur les neuro-technologies (neuromarketing, interface cerveau-machine, techniques d'implantation cérébrale, nanotechnologies...) augurant l'avènement d'un homme-machine plus performant et plus malléable.

Bien au contraire, nous affirmons qu'il existe une dimension éthique, téléologique donnant à la subjectivité, à l'expérience une dimension irréductible : la santé mentale se définit dans la tradition européenne non comme la conformité comportementale, l'adaptation à une norme préétablie, mais comme la capacité à créer des normes nouvelles, ses propres valeurs. Historiquement, la psychiatrie apparaît en effet comme une « médecine morale », constituant un modèle opératoire ou une « théorie de la pratique » de la prise en charge pragmatique des formes les plus voyantes de la folie, et pas comme une méthode cognitivo-comportementale de correction de toute déviance ou de toute défaillance... Cette dimension donne à la psychiatrie sa spécificité, et son honneur : elle n'est pas une science exacte, comme peuvent y prétendre les autres spécialités médicales ; les dimensions sociale, économique, historique, professionnelle de la souffrance individuelle sont à prendre en compte... Une meilleure délimitation épistémologique de la psychiatrie est donc indispensable pour éviter ses dérives et recentrer ses missions, en préalable à toute réforme digne de ce nom : il faut une formation, une recherche, des pratiques institutionnelles ouvertes sur les sciences sociales et humaines, sur la psychanalyse, la phénoménologie, l'anthropologie systémique, etc. Et la déontologie médicale nous paraît essentielle à préserver en ce qu'elle défend les droits les plus élémentaires (service du patient et de la santé publique, secret médical, indépendance à l'égard des pouvoirs)

- 2) dérive gestionnaire, avec la loi HPST qui consacre l'hôpital-entreprise (organisation bureaucratique des ARS et territoires, management par la « qualité » et la « performance », autrement dit la rentabilité immédiate) ;
- 3) dérive sécuritaire, avec la banalisation de la contrainte aux soins, dans la seule optique d'un contrôle social des comportements : expertise prédictive de la dangerosité sociale, généralisation du fichage des populations à problèmes (USP en pointe dans ce domaine), pratiques d'enfermement et de surveillance technologique... Apogée avec la loi du 5 juillet 2011 qui a perverti totalement nos pratiques de soins !

### **Principaux enjeux actuels : organisation du système de soins**

L'USP rejoint ici les positions des collectif « Notre santé en danger », et de l'intersyndicale CPH, mais en mettant en avant la spécificité psychiatrique :

- libre accès aux soins (cf discours du 7 septembre), et suppression des inégalités (franchises, dépassements, intéressement à la performance, fermetures d'établissements) ;

- abrogation de la loi Bachelot : limitation stricte de la T2A (cf discours du 7 septembre) voire retour au budget global en psychiatrie (VAP impossible !), démocratisation des ARS et HAS, réforme du « management » hospitalier avec renforcement de l'indépendance médicale (nomination nationale des PH, compétences élargies de la CME (cf discours du 7 septembre), élection des chefs de pôle par leurs pairs, meilleure représentativité syndicale...)

- remise en cause en psychiatrie du tout informatique (RIMP avec son risque de sélection, confidentialité du Dossier patient informatisé - quid du consentement exprès garanti par la loi ? -),

risque d'une évaluation purement comptable) ;

- réaffirmation de la politique de secteur comme garantie d'un accès aux soins égalitaire ;
- lutte contre l'hospitalocentrisme avec développement des services (non lucratifs) aux personnes : logements communautaires, structures médico-sociales, GEM, SAVS, etc. ;
- rééquilibrage des moyens et des objectifs de la recherche et de la psychiatrie universitaire : de la biologie et de la pharmacologie vers la psychothérapie et les prises en charge alternatives dans la cité, et fin du lobbying pharmaceutique et techno-industriel...

### **Principaux enjeux actuels : mettre un terme à la politique sécuritaire**

Celle-ci assimile de plus en plus la psychiatrie à une police des comportements, devant garantir le risque 0 par l'enfermement (physique et chimique). En particulier, les technologies de contrôle (isolement, vidéo-surveillance, géolocalisation, fichage informatique, évaluation comptable de tout acte, etc.) doivent être étroitement limitées, et elles-mêmes contrôlées (pouvoirs étendus du CGLPL).

Rejoignant les positions du collectif « Mais c'est un homme », et proche des positions du collectif « des 39 », l'USP demande l'abrogation pure et simple de la loi du 5 juillet 2011 : l'introduction du JLD au terme de 15 jours puis tous les 6 mois est insuffisante, et surtout la loi favorise les programmes de soins à domicile, à la volonté du représentant de l'Etat, puisqu'ils échappent à tout contrôle du JLD et que le médecin ne peut s'opposer à leur mise en place et leur contrôle draconien. A cet égard, la décision du Conseil constitutionnel de mars 2012 est absurde et doit être remise en cause, en ce qu'elle pose que seul l'enfermement à demeure constitue une contrainte, justifiant ainsi la toute-puissance administrative.

### **Quel avenir pour une psychiatrie démocratique respectant les droits et les libertés ?**

Déception du PPSM 2012-2016 : simples orientations stratégiques « éducatives » avec tout pouvoir aux ARS. Au contraire, seule une politique de soins ambitieuse et volontariste peut permettre d'éviter la dégradation de la santé mentale des populations frappées par la précarité économique et la peur sécuritaire, et le glissement de la psychiatrie publique vers un contrôle social généralisé des comportements violents et désespérés. C'est pourquoi il faut **une grande loi de « santé mentale » démocratique**, affirmant d'emblée les droits sociaux et les libertés individuelles, ne confondant pas soin et contrainte, développant lieux d'accueil de proximité et conseils locaux de santé mentale, et respectant strictement le droit à la différence et à la marginalité. Cette loi devra prendre en compte le souci d'éviter la toute-puissance technologique et scientiste, avec le risque croissant d'avènement d'un homme-machine, contrôlable et améliorable à merci. Les multiples restrictions aux droits des patients et à la démocratie sanitaire générées par la loi HPST doivent être définitivement levées. **Une nouvelle loi encadrant de façon très restrictive les hospitalisations sans consentement**, avec autorisation et contrôle du juge dès l'admission et pour toute contrainte ambulatoire, celle-ci devant rester exceptionnelle, devra être proposée après toute la concertation voulue.