

*Avec son projet de loi de rénovation de la loi de 90 le ministère met une dernière touche, avec la loi HPST, à l'éradication de 50 ans de psychiatrie de secteur. Aveuglés par la doctrine de l'économie nos gouvernants mettent à mort une politique de soin humaniste au profit de la doctrine du contrôle.*

# Contraindre n'est pas soigner !

## La psychiatrie publique en crise

Si l'intention initiale de la politique de secteur était de prendre en charge les personnes souffrant de maladie mentale dans le respect de leur citoyenneté, au plus près de leur cadre de vie et dans la continuité par une même équipe de soignants, l'administration n'en a retenu et instrumentalisé qu'un aspect.

La fermeture autoritaire de milliers de lits d'hospitalisation qui a renvoyé les malades à la société sans garantir leurs moyens de soins par des équipes suffisamment dotées pour en assurer la continuité en ambulatoire ni par des lieux alternatifs à l'hospitalisation continue suffisamment diversifiés et adaptés.

Cela conduit aujourd'hui à constater un taux insupportable de malades emprisonnés, SDF ou logés de façon précaire et insalubres, conséquence de leur abandon.

Dans un même temps les formations spé-

cifiques des soignants nécessaires à la bonne marche du secteur ont été supprimées, laissant les professionnels démunis pour accompagner de façon thérapeutique les situations de détresse et en devoir de se former à la dure pour ceux qui ont conscience du problème et essaient de faire au mieux.

## Les conséquences du démantèlement de la psychiatrie de secteur

Ce défaut de soins qualitatif et quantitatif fait que nombre de patients sont livrés à eux même, et ou en rupture prématurée de soins. La demande de soin met sous pression les lieux de consultation et oblige les structures de soins à n'accueillir que les personnes les plus durement atteintes et encore sur peu de temps. C'est un cercle vicieux quand on sait que c'est justement la continuité et la confiance qui déterminent le soin et qu'abandonner un patient à sa maladie le conduit à une souffrance telle que la séquence de soin suivante est rendue plus difficile.

Toujours pour économiser, le séquençage des actes de soins, les protocoles font perdre toute notion de soin institutionnel et de singularité du patient. La perte de la dimension relationnelle et l'évolution sans soins des maladies font aussi que les patients n'arrivent en hospitalisation bien souvent que quand leurs actes finissent



Union  
syndicale  
**Solidaires**

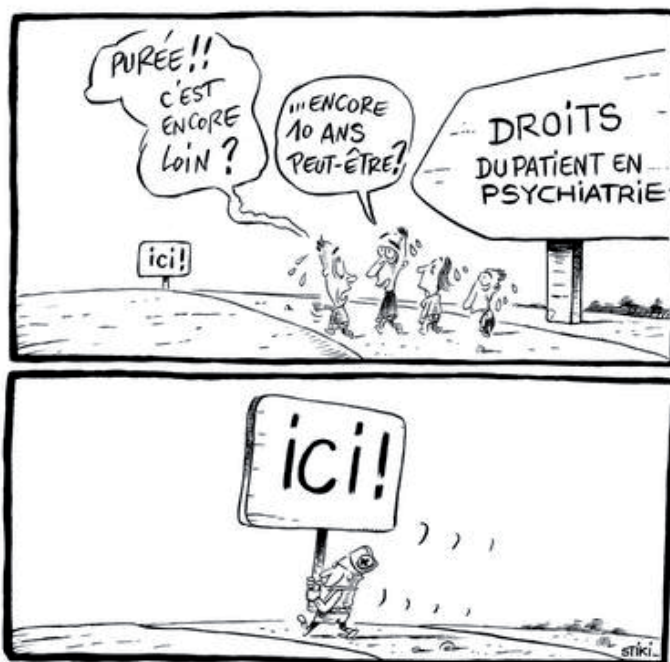
Fédération Sud Santé-  
Sociaux  
"Solidaires - Unitaires -  
Démocratiques"  
70, rue Philippe de Girard  
75018 PARIS  
Tel : 01 40 33 85 00  
Fax : 01 43 49 28 67  
Site internet :  
www.sud-sante.org

Paris, le xxxxxxxxxxxxxxxx



par imposer une mesure de placement. Cela ne fait qu'aggraver la dimension carcérale de l'institution et compromettre les premiers contacts entre la personne malade et le dispositif de soins (recours massif à la contention chimique, aux chambres d'isolement, aux demandes d'admission en UMD...).

Cela conduit en même temps à dégrader les conditions de travail du fait des tensions, du recours permanent aux renforts, du sous effectifs, de l'insatisfaction



au travail pour assurer une bonne qualité de soin globale. Cela conduit à alimenter une approche sécuritaire de la psychiatrie.

### **Ces conséquences se voient, s'entendent, font du bruit**

Les acteurs de la psychiatrie de secteur alertent depuis des années sur la crise qu'elle traverse. Si les personnels la payent à travers les accidents de travail liés à des situations qui leur échappent, entourage famille et société la payent aussi, et à chaque fait divers médias et politique s'en régale.

Mais ceux qui la payent avant tout ce sont les malades. Tous ceux qui se suicident dans l'indifférence, tous ceux qui vivent dans les conditions les plus précaires ou insalubres, tous ceux qui se font voler ou subissent des sévices.

Tous ceux qui se retrouvent privés de liberté parce qu'internés. Mais aussi, une fois leur discernement revenu, ceux qui ont commis des actes violents et sont confrontés à la réalité.

### **En réponse, toujours plus de sécuritaire**

Après l'abandon du soin, par étranglement financier et disparition des formations spécifiques, se redessine le profil du malade dangereux. Et plus le cercle vicieux du non soin se referme, plus celui de la réponse sécuritaire croît. Stigmatisation, criminalisation, répression sont les fils conducteurs des politiques du milieu des années 2000 : rapports Burgelin, Goujon, Couty, Milon, la tentative d'introduire des dispositions relatives aux hospitalisations contraintes dans la loi de prévention de la délinquance, le plan de santé mentale, la création des UHSA, la loi sur la rétention de sûreté, les durcissements des procédures de levée des hospitalisations contraintes (circulaire Hortefeux), les fichiers pour les HO et aujourd'hui les soins ambulatoires contraints.

Il n'est plus question de la souffrance des malades, la société ne se préoccupe plus de les soigner mais de les neutraliser. Le projet de réforme de la loi de 1990 est de cette veine.

Il instaure une garde à vue psychiatrique de 72 heures et banalise le recours à la contrainte. Il étend ce qui était une loi d'exception (possibilité d'hospitaliser sans consentement en raison de troubles psychiques, occasionnant le cas échéant des troubles à l'ordre public) et le banalise.

La contrainte apparaît comme le mode d'accès principal aux soins : en hospitalisation complète, séquentielle, en ambulatoire. Nous savons par expérience que le glissement vers toujours plus de contrainte produit un effet opposé à celui qui est recherché : le temps de la rencontre, la confiance, l'alliance... conditions indispensables pour une inscription durable dans les soins. Et nous savons aussi que, s'il faut instaurer un cadre pour qu'une relation thérapeutique puisse advenir, il faut aussi de la souplesse aux équipes pour composer avec la personne soignée.

La philosophie de ce projet ne répond ni aux attentes de la profession ni à celle des usagers et de leurs familles. Si les équipes de secteurs avaient eu la volonté et les moyens de développer jusqu'au bout la politique de secteur, les familles ne seraient pas demandeuses aujourd'hui d'obligations de soins. Il faut réaffirmer que la politique de secteur, là où elle est aboutie, fait ses preuves. Un déploiement des équipes disponibles 24H/24H pour accueillir et accompagner les personnes (et leur famille) en situation d'urgence est la meilleure garantie de soins précoces et de qualité.

La perspective de fusionner les HDT et HDTU, faci-

litant l'enfermement par la dispense d'un deuxième certificat médical en attestant la nécessité, n'est pas un progrès pour les droits des personnes soignées. Le tiers privé de sa possibilité de mettre fin à la contrainte non plus !



Ce projet, s'il prévoit l'intervention d'un juge pour priver quelqu'un de sa liberté, est encore une loi de police. C'est la notion de dangerosité sociale qui prime, et non celle de nécessité clinique.

### Traiter n'est pas soigner

Malheureusement le recours à la contrainte est parfois imposé par la situation pour engager des soins. Elle résulte la plupart du temps d'une défaillance du réseau en amont ou d'un manque de disponibilité au moment où la demande de soin émerge ou lorsque la situation de crise est exprimée (hormis quelques situations particulières et rares).

C'est à ces « symptômes » institutionnels qu'il faut trouver remède. Chercher en quoi le soin défaille et apporter des solutions et non en reporter la « faute » sur le patient, le soignant ou la famille.

L'apport des théories à la base de la mise en place de la politique de secteur viennent tant de la psychanalyse que de la psychothérapie institutionnelle, voire de la phénoménologie ou de l'antipsychiatrie et d'autres courants...

La force de cette politique est de se nourrir, de mettre en discussion les différentes théories, d'intégrer aussi les nouveaux courants non pas de façon savante et stérilement intellectuelle, mais à l'élaboration de chaque démarche de soin individuelle. Mettant l'institution en place de symbolique elle ne fonctionne que dans

l'esprit d'un travail d'équipe autour de la singularité de chaque patient et en articulation avec son milieu.

En créant la confusion entre politique de secteur et découpage territorial, en isolant et technicisant les soignants chacun à leur tâche ou à leur poste, en réduisant les pré-requis culturels des soignants et en prônant le risque zéro et la rivalité (voire la peur) à l'autre, les politiques actuelles mettent en déroute le secteur.

Elles plongent l'ensemble de ses acteurs et les personnes en besoin de ses soins dans un chaudron explosif.

Mise à mort du secteur et triomphe du contrôle social

La loi HPST met un terme à l'organisation du secteur déjà affaiblie par la mise en pôles et la volonté de mise en place de la tarification à l'activité. Rendement, rentabilité et mise en concurrence sont les maîtres organisateurs des soins. L'agence régionale de santé prend de son côté la maîtrise de l'organisation territoriale. Ainsi les activités pourront être dissociées. Ambulatoire, hospitalisation, hébergement, accueil thérapeutique seront découpés en fonction des compétences et des financements. De même avec l'aboutissement de la tarification à l'activité et des groupements homogènes de malades la tentation est grande pour les tutelles d'orienter les soins vers des unités spécialisées par pathologies.

Diviser pour mieux régner, à l'inverse de la politique de secteur qui s'est toujours voulu garante du respect de la singularité du patient, de son autonomie en coordonnant les soins et les activités dans une continuité de projet, ce découpage favorisera la notion de contrôle social. Libre à l'ARS, qui aura la mainmise sur l'ensemble de répartir comme elle voudra les financements.

Resserrer les missions des CHS vers plus de contention, les services psy de CHU ou CHG vers du court séjour d'orientation, le social et le médico social vers de l'accueil long terme à moindre coût, et les CMP en vigie de contrôle de prise de traitement et de lieu pointage en liberté surveillée.

Certes c'est la vision la plus caricaturalement pessimiste mais c'est celle qui se dessine aujourd'hui.



## Résister

La révolte des soignants est aujourd'hui, plus que jamais nécessaire. Les conditions dans lesquelles ils sont contraints à exercer leur fait mettre en œuvre des pratiques qui sont contraires à la fonction du soin.

L'enfermement n'est pas la bonne réponse, nous le savons tous. L'obligation de soins à domicile est une illusion et obère la recherche d'alliance thérapeutique, c'est plus une action de police sanitaire qu'un travail d'accompagnement vers l'autonomie.

Il nous faut réaffirmer que nous sommes des soignants avant tout, que notre mission première est de soigner, pas d'enfermer ni de contraindre ni de contrôler.



Nous refusons d'être les outils d'une politique de la peur et de participer à la stigmatisation, l'isolement communautaire d'une partie de la population.

Nous connaissons les conditions d'enfermement et d'isolement à la limite de l'inhumain, et malgré tout le bon vouloir des équipes les moyens d'accompagner ces situations ne permettent pas d'en faire des temps de soin.

Nous refusons d'accompagner des pratiques de régression.

Nous voulons plus de temps et de moyens pour soigner. Nous voulons d'une politique de soin qui redonne du sens au travail d'équipe et à l'élaboration de véritables projets de soin avec les patients. C'est la société qui a une obligation de moyens pour répondre aux problèmes de soins psychiatriques. Nous voulons les moyens de cette politique.

## On reconnaît les symptômes, il faut appliquer les bons remèdes !

- **Embauche des effectifs soignants qualifiés nécessaires. Mise en place d'une filière d'études paramédicales, approfondissant la spécificité de l'exercice en psychiatrie. Mise à disposition de moyens aux jeunes embauchés pour se former.**

- **Attribution des moyens financiers et politiques pour permettre aux secteurs et aux SMPR de remplir leurs missions.**

- **Redonner de l'attractivité par la revalorisation des carrières soignantes par le salaire, l'autonomie et la responsabilité.**

- **Reconnaître la supervision comme un outil thérapeutique « de base » et en donner les moyens aux équipes.**

- **Analyser, continuer, et améliorer la politique de secteur, garante de la continuité et de la cohérence des soins pour une population donnée.**

- **Repenser le dispositif de chaque secteur comme l'animateur et le cœur d'un réseau à partir de la cité, avec les partenaires sanitaires, sociaux, médico-sociaux présents sur les territoires concernés, avec les élus**

**et les usagers et leurs familles. Il faut pourvoir aussi transitoirement à la réouverture de lits et places pour diminuer la pression de la demande.**

- **Abandonner le projet actuel de loi de refonte de la loi de 90 en mettant en place une réelle concertation.**

- **Débloquer des moyens pour restructurer et entretenir les bâtiments abritant les activités hospitalières et ambulatoires.**

- **Mettre fin à la loi HPST, à toute tentative de mise en place de tarification à l'activité et autre RIMPsy et garantir une répartition des moyens en fonction des besoins de la population**

Paris le 10/04/10