



rencontres nationales de la

# PSYCHIATRIE

21, 22 et 23 mars 2018, au siège de la CGT à Montreuil

**Echanger, proposer et lutter,** tel est notre souhait en organisant ces rencontres. Il nous semble bien sûr évident qu'il ne peut s'agir que d'une étape dans un processus de réflexion de résistance...

La politique de démantèlement de la psychiatrie actuellement à l'œuvre en France nécessite l'engagement de tous, **la CGT se doit, dans le cadre de sa démarche humaniste et solidaire, de résister et de LUTTER pour une psychiatrie respectueuse du droit des patient.e.s et des professionnel.le.s.**

Les rencontres nationales de la psychiatrie CGT s'inscrivent dans un calendrier qui a débuté avec la journée nationale du 27 septembre 2017, prolongée par la journée du 15 novembre 2018 en région, et début d'année 2019 à Paris, avec l'objectif d'initier des Etats généraux de la psychiatrie le plus ouvert possible.



# Introduction

*de Philippe BURGAUD-GRIMART, animateur de la CNP*

**J**e suis Philippe Burgaud-Grimart, je suis chargé par la Fédération Santé et Action Sociale d'animer la Commission nationale psychiatrie (CNP).

La CNP est un collectif fédéral qui réunit des représentant.e.s des professionnel.le.s de la psychiatrie issue.e.s de chaque région. Il s'appuie sur le travail des commissions régionales de psychiatrie qui doivent rassembler les éléments portés par les syndicats des structures psychiatriques.

Son but, soutenir la Fédération sur tous les sujets touchant à la spécificité de notre secteur et proposer des éléments de réflexion, des pistes d'action, des axes revendicatifs.

J'attire votre attention sur le fait que c'est cet ancrage dans le quotidien des professionnel.le.s qui nous donne notre crédibilité et notre légitimité. Il est donc plus que jamais essentiel que vous l'utilisiez et que vous vous impliquiez dans ces structures.

Nos perspectives actuelles sont dans la continuité de la journée du 26 septembre 2017 d'initier une nouvelle journée de lutte, de créer la mobilisation et les conditions nécessaires pour que des états généraux de la psychiatrie, ouverts à tous les acteurs du champ (syndicats, collectifs, associations, politiques, etc ...), voient le jour à moyen terme.

Concernant les rencontres, nous avons modifié le programme pour nous permettre de nous rassembler jeudi 22 mars 2018, derrière notre banderole « Zinzin ».

Afin de tenter de marquer les esprits, nous avons pensé à donner une note humoristique à notre défilé.

Après avoir finalisé votre inscription, vous avez reçu une sacoche contenant différents textes émis par la CNP dans le but d'alimenter vos réflexions et les débats à venir.

Ces rencontres ont été pensées pour favoriser les échanges et le débat, nous vous proposerons de réfléchir ensemble à quelques grandes questions qui traversent actuellement la psychiatrie.

- Quelle place pour la psychiatrie dans notre société, dans notre système de santé ?
- La psychiatrie, un enjeu sociétal et politique ?
- Quelle évolution des pratiques ?
- Comment rester empathique, soignant.e, humain alors que les organisations et les orientations de travail sont dictées par des « impératifs » financiers et sécuritaires ?
- Dans ce contexte, comment conserver la créativité, l'indépendance, la sérénité nécessaire pour préserver la dimension humaine de nos soins ?

***Voilà dans quelques minutes vous aurez la parole, prenez-la !***



# Introduction

*de Mireille STIVALA, Secrétaire générale*

Prendre en charge les personnes atteintes de pathologies mentales et les personnes les plus fragiles en France est un devoir républicain, une mission de l'Etat, c'est un enjeu majeur, qui fait partie des éléments qui soudent, qui fondent notre société.

L'Europe, ces dernières années, a fait le choix très libéral de considérer que la santé est une marchandise comme une autre et, à ce titre, elle ne lui reconnaît plus un statut particulier pour la protéger des dérives et spéculations qui vont avec.

Dans ce contexte, le système français de protection sociale et de Sécurité sociale basé sur des notions de solidarité et de répartition selon « les moyens et les besoins » de chaque individu est mis à mal, avec l'appui de notre gouvernement qui reprend à sa solde la volonté de traduire par l'austérité budgétaire et la réduction des missions de service public à tout va. La psychiatrie n'échappe pas à cette règle.

Les gouvernements successifs ne reculent devant rien pour atteindre leurs objectifs de réduire les déficits artificiels qu'ils ont créés. Dans notre secteur, l'outil principal, le taux d'évolution de l'ONDAM, volontairement insuffisant ne permet plus une prise en charge globale de qualité. Par contre, cet ONDAM met sous pression financière ainsi qu'en compétition les établissements entre eux, en dégradant au passage considérablement les conditions de travail des salarié.e.s et la prise en charge des usagers.

Toute l'énergie institutionnelle n'est plus dirigée vers le patient et la volonté de lui venir en aide, de le soigner, ni vers les professionnel.le.s pour leur donner les moyens nécessaires pour mener à bien leurs missions, mais bien de trouver des solutions pour ne faire que des économies.

Alors que la psychiatrie française, modèle unique, s'est construite sur des bases humanistes, sur la conception forte d'entretenir une relation soignante, humaine et empathique, avec la volonté de donner à chaque citoyen.ne une réponse de proximité adaptée à sa situation grâce à un maillage par « secteur » sur tous les territoires d'établissements et de structures de psychiatrie, d'hospitalisation et de consultation.

Aujourd'hui c'est la déconstruction de ce modèle qui est en œuvre, par la fermeture d'hôpitaux, de services, les suppressions de postes, la réorganisation permanente, l'externalisation de services et de missions.

Se rajoutent à ce constat deux tendances lourdes qui se dégagent : tout d'abord une individualisation des réponses et des problématiques mettant à mal la notion d'équipe soignante, essentielle en psychiatrie, mais aussi la volonté de faire jouer un rôle de maintien de l'ordre social à la psychiatrie, rôle qui est incompatible avec la notion de soins. Ces orientations sont génératrices d'une grande souffrance chez les professionnel.le.s qui ne perçoivent plus le sens de leur fonction et la dimension humaniste qui a motivé leur engagement dans ces métiers. C'est une atteinte à leur éthique professionnelle et à la déontologie de leur métier.

La crise que traverse la psychiatrie n'est que la résultante et la démonstration d'une société française qui va mal. Dans une période et un contexte politique qui attaquent frontalement l'ensemble de la protection sociale et le monde du travail, sur ces fondamentaux c'est toute la société qui est déstabilisée par cette frénésie de rompre avec les droits et acquis protecteurs des personnes, obtenus au cours de notre histoire pour améliorer la condition humaine.

La psychiatrie n'a pas à jouer le dernier rempart d'une société « en folie », elle ne peut pas à elle seule « soigner tous les maux » engendrés par des orientations politiques qui broient les individus, les fragilisent et les rendent « malades ».

A nous, pendant ces trois jours, de défendre ensemble la psychiatrie que la CGT a construite avec d'autres acteurs dans le passé, et « repenser » le présent pour un meilleur futur.

Débattons et faisons connaître nos propositions CGT pour défendre plus haut, plus loin et plus fort la psychiatrie que nous voulons pour demain.

***Merci de votre écoute et à vous la parole.***

# Reprendre possession de nos pratiques en Psychiatrie

de Stéphane BARBAS, médecin Pédo-psychiatre (CNP)

**L**a politique d'austérité s'accompagne d'une remise en cause des pratiques soignantes en psychiatrie, toutes professions confondues.

*Moins de temps, moins de moyens, mise en place de protocoles, glissement de tâches...*

*A ceci s'ajoutent la mise en opposition des pratiques (TCC contre psychanalyse), la référence exclusive au DSM au détriment de la clinique, le recours systématique aux psychotropes... sous prétexte d'efficacité scientifique, ou plus ou moins avoué : de gain de temps.*

*Dans un contexte sécuritaire, on voit exploser le recours à la contention et aux soins sous contrainte, entraînant des maltraitances répétées comme en attestent les révélations récentes sur le CHU de Saint-Étienne (42).*

*La mise en question des pratiques de la psychiatrie ne se limite pas aux services de psychiatrie stricto sensu, ce sont tous les lieux accueillant des patients justifiant de soins psychiatriques qui sont concernés : les urgences, le médico-social, les EHPAD ou les prisons...*

*La défense de nos pratiques est un enjeu syndical.*

Il s'agit d'apprendre un métier avec une formation qui se prolonge durant toute la vie professionnelle.

La formation est académique et universitaire mais elle s'appuie aussi sur le compagnonnage et l'expérience.

Un métier n'est pas une liste de compétences, c'est ce qui donne une identité professionnelle.

«L'esprit managérial impose des normes sans tenir compte des métiers» écrit la sociologue Danielle LINHART

La formation actuelle des cadres suppose l'abandon de leur identité professionnelle selon les stratégies du NMP

La formation des médecins est le plus souvent limitée aux centres universitaires où les sciences humaines sont marginalisées.

La pratique du secteur doit être intégrée dans les formations.

Il faut que tout le service public de psychiatrie soit un terrain de formation pour les futur.e.s professionnel.le.s .

## 1 On assiste à une PROLETARIANISATION de nos professions

Celle-ci se définit sur 3 critères :

● Recherche de la rentabilité et de la productivité des actes, sur le modèle de l'hôpital entreprise. La dimension réelle du soin est cachée dans son essence comme l'est la création de la valeur dans le processus de travail. C'est toujours la dimension humaine qui est occultée. Le soin devient alors une marchandise, il est source de plus-value.

● Par la dépossession de nos savoirs (Marx/Stiegler). Danger des protocoles opposés au savoir-faire et à l'expérience. Les protocoles justifient une dé-

qualification des professionnel.le.s (ex méthode ABA).

● Mais aussi dépossession de notre langage par la « novlangue » managériale. On aliène les consciences par le pouvoir de la langue (V. Klemplerer). Notre outil de travail en psychiatrie repose sur les mots. Sans compter les conséquences sur la souffrance au travail qui ne peut plus s'exprimer que dans une langue consensuelle.

## 2 La Formation

La question de la formation est cruciale. Un tournant négatif de la psychiatrie a été contemporain de la disparition des diplômes spécifiques (infirmiers et psychiatres).

## 3 Qu'est-ce qu'être soignant.e ?

L'identité professionnelle est mise à mal par cette logique du management. La protection des statuts est essentielle pour garantir la reconnaissance et l'indépendance professionnelle.

Au delà du statut, il faut aussi s'interroger sur le sens du travail.

Un soignant.e, ça n'existe pas... sans équipe. La psychothérapie institutionnelle nous a appris aussi que le statut ne se confond pas avec le rôle ou la fonction .

C'est le collectif qui porte la fonction soignante. Les compétences thérapeutiques s'expriment grâce à un processus d'intégration dans une équipe.

Il s'agit de transferts de travail ( au sens psychanalytique), ou d' identifications mutuelles (Tony Lainé).

D'où la nécessité de partager les pratiques. Ce qui suppose des échanges, des réunions de synthèse ou de supervision.

Cette dimension de l'équipe dans sa fonction intégrative du processus thérapeutique est essentielle pour ne pas limiter uniquement les compétences des soignants à des capacités individuelles, ce qui permettrait leur interchangeabilité d'une équipe à une autre.

Mais le collectif soignant est mis à mal aujourd'hui. Le management préconise l'individualisation des compétences. Chaque soignant.e est potentiellement un autoentrepreneur.

4

## Avons-nous réellement le choix de nos pratiques ?

Le recours à la contention, le nombre de malades en soins sous contrainte et le manque d'effectifs semblent laisser peu de marge de manœuvre.

Dans le discours dominant actuel, les piliers des bonnes pratiques mis en avant sont la médecine par les preuves (par l'épreuve?) , l'évaluation et la bientraitance.

### LES BONNES PRATIQUES BASÉES SUR LES PREUVES :

Le discours sur les « bonnes pratiques » sert à nous imposer des pratiques standardisées qui seront vendues par le biais des agences de santé suivant les recommandations de la HAS (d'où vient madame BUZYN). Les méthodes validées « scientifiquement » sont vendues comme des « marques » (Laurent Mottron, « L'intervention précoce pour enfants autistes », 2016).

Curieusement A. BUZYN, au récent congrès de l'Encéphale, apportait (ingénument ?) de sérieuses réserves sur la réalité de l'apport des neurosciences.

Pouvoir de séduction d'un discours pseudo scientifique dont on peut montrer l'inanité. (Xavier Briffault, « Santé mentale santé publique. Un pavé dans la mare des bonnes intentions » 2016»).

Mais c'est pourtant sur ce discours que l'HAS fonde ses recommandations.

Selon cette conception, ni la clinique ni les pratiques thérapeutiques ne peuvent être génératrices de connaissances nouvelles .

## L'EVALUATION

Elle s'applique avant tout aux individus dans un but de contrôle.

Mais qui évalue les évaluateurs ?

Par contre, les besoins et les politiques de santé ne sont jamais réellement évalués.

On confond études épidémiologiques et études de marché. Par le biais des ARS, les appels d'offres se substituent à l'évaluation des besoins .

Cette évaluation devrait pourtant être le point de départ de la discussion sur l'attribution des moyens.

5

## La question de la bientraitance

C'est la seule réponse au vécu des soignants qui ont trop souvent le sentiment de mal faire leur travail ou d'être empêchés de bien travailler. De plus en plus de soignant.e.s vivent un conflit entre leurs valeurs et les injonctions qu'on leur donne. Conflit source reconnue de souffrance au travail.

Il est important de pointer le lien entre maltraitance infligée et maltraitance subie.

En fait de bientraitance, il s'agit souvent plutôt de sous-traitance.

On soustrait la folie dans le social ou le médico-social.

On soustrait la psychose en prison.

En fait, on sous-traite, autrement dit on maltraite.

La référence incantatoire à la bientraitance sert à masquer la maltraitance réelle.

Il faut rappeler que le principe éthique fondamental est l'obligation de MOYENS, qui a été au fil du temps remplacée par une obligation de résultats.

6

## Résister

Il faut commencer par démystifier le discours dominant et la capacité de l'idéologie libérale à récupérer les idées novatrices dans un sens détourné ou galvaudé voire perverti.

D'abord éviter quelques confusions :

Désinstitutionnalisation = suppression de lits

Le secteur = territoire de santé mentale

Continuité des soins = parcours de soins

Les « potentialités thérapeutiques contenues dans Le peuple » (Bonnafé) = les pairs aidants.

Les soins en extra-hospitalier = virage ambulatoire (le « mirage ambulatoire » dit Pierru).

L'humanisme lui-même peut être revendiqué par certaines formes de l'anti-psychiatrie contemporaine (ENUSP European network of users and survivors of psychiatry ) dans un déni de la psychopathologie ou par des cliniques privées (comme le Groupe INICEA pour une « psychiatrie à visage humain ») surfant sur une mauvaise image de la psychiatrie publique.

D'où la nécessité d'une vigilance critique sur les termes qui sont employés et leurs effets de séduction.

« Les chemins de l'enfer sont pavés de bonnes intentions » disait Bonnafé

Résister c'est s'opposer aux pratiques managériales généralisées. Défendons notre langue, celle des soins contre la « novlangue » des managers.

Il faut rétablir l'identité soignante des cadres et des médecins égarés dans la recherche de petits pouvoirs. Les petites lâchetés sont parfois plus utiles aux politiques totalitaires que les grandes perversions.

Combattre les stratégies de division entre les soignants. « Diviser pour mieux régner » a toujours été le ressort du pouvoir pour imposer sa domination. « Tenir les sujets épars, c'est la première maxime de la politique moderne » disait Rousseau.

Résister c'est aussi démystifier les arguments soit-disant scientifiques.

Il faut dénoncer l'imposture des soit-disant preuves scientifiques pour nous imposer d'autres pratiques. Il faut redonner la place centrale à la clinique et à la créativité soignante. Cette créativité est indispensable face à la singularité de chaque situation clinique. Le trouble psychiatrique ne peut être réduit à un trouble ...à l'ordre public, pas plus qu'on ne peut réduire la vie d'un être humain à une succession d'événements. L'existential prime sur l'événementiel.

La psychiatrie basée sur les preuves est une composante du NMP qui vise à promouvoir une autre « culture » du soin. Nous sommes sommés d'oublier notre culture, notre langue et notre histoire.

Dans une logique quasi coloniale. Nous devons donc nous réapproprier les valeurs de notre langue, celle du soin et de la clinique et les leçons de notre histoire, celle du désaliénisme de la psychothérapie institutionnelle et de ce secteur.

## Conclusions

Le rôle du syndicat est de mobiliser le collectif de travail autour de la question du choix des pratiques et du contenu des formations.

Les questions autour des pratiques ne doivent pas être limitées aux seuls services de psychiatrie. Aujourd'hui, ce sont des professionnels d'autres champs qui accueillent les patients de la psychiatrie. L'isolement des partenaires favorise les attitudes de rejet, déjà entretenues par les clivages administratifs, et favorise le sentiment de dépossession des professionnels dans leur propre champ de compétence.

La défense d'un grand service public de la santé et de l'action sociale que propose la CGT ne signifie pas, pour autant, qu'il faut défendre le statu quo.

C'est d'un service public de la santé et de l'action sociale rénové de manière démocratique dont nous avons besoin.

Il faut remettre en question les tutelles. Les ARS doivent être supprimées, leur statut d'agence les prédisposent à être les fondés de pouvoir du privé, elles commercialisent les «marques» des méthodes pour en imposer la pratique, comme on l'a vu avec le plan autisme. Quand à l'HAS, elle ne pourra jamais se débarrasser des suspicions de conflits d'intérêts sur ses « experts ».

Les guides de « bonnes pratiques » promus par ces officines dédouanent le pouvoir des conséquences de sa politique d'austérité.

**Alors que de plus en plus d'études dénoncent les conséquences maltraitantes pour les patients comme pour les soignants du management d'entreprise appliqué à l'hôpital,** il y a un entêtement des pouvoirs publics à persister dans cette voie. On ne peut l'expliquer que parce que l'objectif est bien la casse du service public de santé.

Il est vrai aussi que le NMP (Nouveau management public) a été une opportunité pour donner une illusion de modernité à des tutelles et des décideurs pétris d'une tradition de bureaucratie féodale.

Les innovations en matière de psychiatrie, de psychothérapie institutionnelle ou de pédagogie institutionnelle, se sont souvent faites

le plus souvent en opposition à cette bureaucratie (Oury, Mannoni, Deligny, Freinet...).

Le service public que l'on défend reste à construire. Le secteur lui-même reste encore pour une grande part une utopie.

Au delà de la défense de sa spécificité, l'avenir de la psychiatrie, n'est pas coupé de l'avenir de la médecine, ne serait-ce que parce qu'il dépend de l'avenir de la protection sociale.

On a voulu mouler les soins psychiatriques sur le modèle MCO des pathologies aiguës et des courts séjours, valorisant des pratiques soignantes à haute technicité.

Mais ce modèle qui a séduit beaucoup de médecins, risque d'être mis aussi en question face à l'évolution des pathologies de plus en plus complexes, multiples et chroniques.

L'efficacité à court terme, l'hyper-spécialisation, et l'hyper-technicité ne peuvent plus être les modèles du «développement durable» de la médecine.

Il faut donc revaloriser les professions sur d'autres critères prenant davantage en compte le temps, la disponibilité et la dimension relationnelle du soin.

**En cela, la psychiatrie pourrait à son tour devenir une référence pour toute la médecine.**

***Fondée autour du CMP, de l'alternative à l'hospitalisation et de la proximité des soins***

**LA PSYCHIATRIE,**

***organisée en secteur, est fondamentalement***

**MODERNE**



# Reconstruire ensemble une Psychiatrie humaine et vivante

de Mathieu BELLAHSEN, médecin Psychiatre

"Prolongement du débat autour des pratiques de soins et de leur évolution"

1

## Reconstruire

*Puisqu'il s'agit de « reconstruire ensemble une psychiatrie humaine et vivante », je souhaite mettre au travail la problématique suivante : comment penser l'aliénation actuelle de la société et comment tenter de faire vivre de façon vivante et accueillante nos espaces de travail dans ces temps hostiles et inhospitaliers ?*

*Puisque les organisateurs des journées ont posé une ligne directrice « reconstruire ensemble une psychiatrie humaine et vivante », je partirai de là.*

« Reconstruire » impose une nouvelle construction qui ne serait pas happée entre d'un côté le néolibéralisme, ses « innovations », ses « révolutions » et de l'autre côté une promotion purement défensive de la psychiatrie humaniste passée dont nous serions les héritiers.

Ces pratiques ouvertes engageant les collectifs de soins autour d'une émancipation collective se faisait sur un autre fond de la société. Ce fond était relié à un sens où le travail soutenait un sens, où les dispositifs qui étaient créés étaient au service des personnes les plus en difficulté. Actuellement, le «fond de l'air » n'est pas rouge... Un renversement que nous n'avons pas mesuré tout de suite a eu lieu. Les pratiques précédentes se sont poursuivies en même temps que le fond de l'air se transformait. La trame sur laquelle, et à partir de laquelle, se font les choses s'est modifiée. D'autant plus « l'air de rien » que les mots utilisés étaient les mêmes que les précédents, piège de la psychiatrie santé-mentaliste. Ce fond néolibéral est un cadre contraint qui prend l'aspect d'une liberté « infinie » à l'intérieur de ce cadre tout en se voulant un cadre naturel... Après « les lois naturelles de l'enfant » à quand « les lois naturelles des patients » ?

Le pire, tout le monde ici le connaît, le vit, l'écoute, que ce soit au niveau du soin ou de l'accompagnement des personnes en difficulté ou au niveau de la société, contraintes, contentions, épuisement de professionnels, maltraitance des patients et atonie politique. Désarticulation de la question clinique et de la question politique. Inflation de la maltraitance institutionnelle rebaptisée « bientraitance managériale » (Charte existant dans notre établissement, thématiques de qualité de vie au travail des certifications) pour les soignants et «promotion de la bientraitance» pour les patients. Si toutes ces initiatives peuvent être à priori louables, la question centrale est : « sur quel fond se situent-elles? ». Est-ce qu'elles ont pour vocation à transformer réellement le milieu ou à maintenir une chape de plomb visant à désarmer la critique ? « Vous voyez, nous sommes intéressés par la bientraitance puisque nous avons la charte ! ». On peut multiplier à l'envie toutes ces absurdités sous prétexte de notions positives. Nous les connaissons toutes et tous. L'analyse du décalage entre ce qui est énoncé et les pratiques réelles est maintenant bien connue. Les cliniciens et gestionnaires initialement promoteurs de tous ces indicateurs deviennent progressivement, espérons-le du moins, plus lucides.

La question est dans ce contexte de comment tenir bon, comment construire un horizon d'attente soutenant la possibilité d'émergence de jours meilleurs ? Pour se sortir de cette ornière, c'est à la construction d'un nouvel imaginaire qui part des pratiques que nous devons nous atteler, en premier lieu là où nous sommes, instituer un fond de l'air respirable pour les personnes en présence. Cette « qualité du fond de l'air », étant donné la pollution de l'atmosphère psychiatrique actuelle, est en soi plus qu'une résistance, mais bien la création d'une forme de vie micropolitique. Cette forme de vie est d'autant plus nécessaire à tenir que la

silenciation macropolitique de telles tentatives existe.

2

## Ensemble : collectif et commun

Dès lors, comment tenir ensemble dans nos différents lieux ? Ensemble implique cet autre terme de l'intitulé du colloque : celui de vivant. Car nous pouvons être mortifiés ensemble, jouir de ce désastre, de ce catastrophisme, de cette fin inéluctable de la psychiatrie émancipatrice. Etre vivant ensemble s'articule à la «déconniatrie» chère à Tosquelles, à la fonction nécessaire et centrale de l'humour, aux soutiens des émergences incroyables qui se passent bien souvent dans les souterrains de nos lieux où peu voire plus de personnes n'en remarquent l'existence . « ETET p13 : au sujet de la violation des Droits de l'Homme et du chamanisme »

Je vous invite d'ailleurs ce soir à venir assister à «la méningite des poireaux» à la parole errante, pièce de théâtre formidable autour de François Tosquelles.

Puisque cette semaine est « la semaine de la santé mentale », subvertie en semaine de la folie ordinaire, je vous raconterai brièvement l'histoire du TRUC. TRUC qui sera présent aux côtés d'Humapsy à la parole errante à Montreuil ce samedi 24 et dimanche 25 mars. Le TRUC est le terrain de rassemblement pour l'utilité des clubs. Il s'est créé suite à l'appel d'un collectif hétérogène de patients, soignants et citoyens à partir d'un lieu de soin en 2015. Ont répondu à cet appel une quinzaine de clubs thérapeutiques, associations et groupes d'entraide mutuelle. Décision a été prise d'organiser tous les ans un forum interclubs itinérant, le deuxième ayant eu lieu à Chambord en 2016 (30 lieux), le troisième à Gennevilliers en 2017 (plus d'une quarantaine de lieux). Le prochain se tiendra à Abbeville en mai. Le TRUC se réunit environ tous les trois mois : à Paris, Blois, Caen, Angers... Il institue un nouveau rapport

fois se discutent ensemble d'une façon vivante, joyeuse, sérieuse, humoristique cette question non seulement de rester vivant dans nos lieux mais également de soutenir l'émergence des désirs des uns et des autres. En plus des décalages qui se travaillent dans les clubs thérapeutiques, ou plutôt par la « fonction club » des lieux (qu'ils soient un club, un GEM, une association ou autre), ici s'institue un nouveau type de décalage. Puisque se crée un nouveau niveau de circulation entre les lieux et les gens. Cette nouvelle circulation dont il faut prendre toute la mesure à l'heure du renforcement des cloisonnements dans la société, sous prétexte de « fluidité », « mobilité », « flexibilité », « partenariats » etc.

Dans ce lieu, nous parlons de la destruction en cours dans les lieux mais nous nous donnons des « trucs » pour résister, pour inventer du nouveau. Savoir que des copains dans d'autres lieux tiennent bons, qu'ils inventent, qu'ils déconnatrisent à plein tube ça soutient, ça soutient énormément, ça apporte aussi une liberté de parole qui est bien souvent éteinte dans les lieux institués (exemple de la réunion pour la certification dans une instance officielle de l'hôpital: « est-ce que vous avez des outils dans votre boîte à outils ? Oui : une corde » (Rires dans la salle). Le TRUC nous permet aussi de comprendre que pour que de l'instituant existe, il faut une base instituée. Les temps actuels sont à la destruction de l'institué.

Se coltiner l'institué, ce n'est pas le dénier d'un geste héroïque de résistance, ce n'est pas non plus collaborer à ces normes mais bien d'appréhender comment dégager des marges de manœuvres suffisantes pour travailler réellement voire pour le subvertir. Exemple des gobelets de « Et tout et Tout » : comment soutenir l'institué pour que de l'instituant émerge (et pas hors sol pour ne pas faire le lit de la destruction par les pouvoirs publics sous prétexte de « disruption » ou autres...).

« Ensemble » nécessite d'être au-delà des clivages d'antan entre catégories professionnelles, familles, patients, citoyens concernés. Ensemble, chacun de son observatoire hétérogène, avec des espaces de circulation, de paroles et d'échanges. « Ensemble » n'existe pas en soi, il est soutenu d'une façon vivante par une

pratique, qu'elle soit clinique, politique, de lutte, de vie.

Dans ce sens, ce terme « ensemble » a tout intérêt à s'articuler aux travaux de Dardot et Laval sur le Commun. Commun comme un nouveau principe qui, à partir des pratiques, travaille à instituer de l'inappropriable, à s'opposer au principe de concurrence. Sortir de l'imaginaire de la propriété, de l'entreprise, de la maîtrise permanente de soi et du monde, de la technologie naturalisante -notamment promue par la santé mentale positive- nécessite de réarticuler ce que nous entendons par « humain ».

Quand le transhumanisme cherche l'amélioration et l'augmentation de l'espèce humaine, quand les neurosciences sont prises dans les rets de l'utilitarisme et du naturalisme légitimant une psychiatrie « cérébrale » et « neuronale » qui n'en est pas moins sans âme, l'humain ne doit pas être, à son tour, le lieu d'une nouvelle naturalisation où nous saurions par avance ce que serait l'humain, par exemple sous couvert de valeurs. « L'humain d'abord » des slogans de campagne doit également intégrer « l'ordinaire de la cruauté humaine », l'inhumanité de l'humain. Et paradoxalement c'est encore être humain qu'avoir des conduites déshumanisantes, objectivantes... Ainsi, tentons de conflictualiser « l'humain » en en faisant le lieu d'un certain rapport à la différence, à l'irréductibilité et à l'étrangeté d'autrui. Ce qui implique des déplacements, de l'imprévisible, du bizarre etc.

Etre ensemble n'est pas être les uns à côtés des autres mais d'être les uns avec les autres. Cette dimension de l'avec impose d'analyser et de travailler ce que cela implique en termes de destructivité à l'intérieur même du groupe. Comment vont se travailler les clivages, s'altérer les positions initiales des uns et des autres pour faire place à un axe plus collectif tenant compte des singularités de chacun dans ce collectif...

Les acteurs sont eux-mêmes piégés dans les logiques de concurrence entre groupes, entre syndicats, entre services. Comment déconstruire ces pièges et remettre au centre du jeu le sens du travail lui-même? Si la perte de sens est un symptôme global, c'est peut-être à partir de là

que cela va se réinventer. Puisqu'il s'agit de reconstruire un sens à partir d'une pratique, sens qui ne serait pas seulement porté par une idéologie ou une rationalité. Est-ce que les humains peuvent vivre longuement sans sens à leur existence en général, à leur travail en particulier ? A partir de là ne s'agirait-il pas d'instituer, par la pratique, un imaginaire porteur d'un sens autre que celui en cours dans la société ?

Expérience de Moisselles et de l'intersyndicale... Plus le temps de se perdre en conflits de personnes ou d'organisation. Il y a urgence à créer un front large associant les patients et leurs familles et bien entendu tous les professionnels. Même les directeurs se plaignent (EHPAD notamment). Comment catalyser l'ensemble et pour quelles perspectives ? Analyser les pièges des émancipations falsifiées qui sont proposées. Partir du mouvement lui-même pour qu'émerge du radicalement nouveau.



<sup>1</sup> **ETET p20** : Un éditto. « Conçu par des équipes thérapeutiques, des patients, des révolutionnaires du secteur d'Asnières. » « Collectif de soins » : il se peut que ça ne soit pas ceux qui sont payés pour ça qui prennent soin des autres, ce n'est pas unilatéral. Ce qui se passe entre les patients est tout aussi important que ce qui se passe entre les patients et les soignants. Une photo ? C'est pas marqué sur le visage qui est qui. Nous vivons à l'heure de Gauguin : qui sommes nous, où allons nous, que vivons nous ? Si j'étais quelqu'un de standard je penserais que collectif psychiatrique ça laisse perplexe. C'est la grande guerre entre les gens handicapés et normaux : donc est-ce qu'ils s'intéressent vraiment à notre journal ? C'est pas parce que qu'on est handicapés qu'on est pas normal. Oui, mais les gens standard pensent ça. Il y a moins de stigmatisation. Etre handicapé n'est pas une fin en soi. Non, c'est une fin en coton. « Nous sommes des gens qui écrivons des textes ensembles ». Il faut dépasser le stade du fanzine. Il faut pas nécessairement une accroche structurée. Le mode d'écriture est ce qui caractérise le plus le journal. « Après le mouvement surréaliste, le mouvement étouétoiste », on essaye de changer le monde. Écriture automatique et computationnelle.

<sup>2</sup> <http://lameningitedespoireaux.blogspot.fr/p/calendrier.html>

<sup>3</sup> <http://pagedutruc.unblog.fr/category/comptes-rendus-du-truc/>



### 3 Hospitalité au pire : démocratie sanitaire et déconstruction de la démocratie

Récemment, j'ai accepté un poste de responsable du pôle de psychiatrie adultes où je travaillais depuis plusieurs années. La question de comment rester vivant et sensible au fait psychique est quotidienne puisque tout pousse au cynisme, à l'insensibilité et au retranchement derrière des mots, des discours, des pratiques qui n'ont pas / plus de sens. Je renvoie à la très belle monographie concise et précise de François Ruffin « un député à l'hôpital psychiatrique » paru en décembre 2017.

Deux axes d'une recherche personnelle me font supporter cette place de responsable médical du secteur où j'exerce. Le premier est politique : il s'agit de comprendre l'évolution de la démocratie (ou son involution) à partir de cet observatoire spécifique qu'est l'hôpital public. Comment « faire avec » la société actuelle, sa bêtise et ses horreurs ? Quels dispositifs pour « faire face » ? Quelles nouvelles formes créer pour transformer le réel, pour instituer ce que je nommerai des pratiques altératives ?

Selon Castoriadis, la démocratie est « l'auto-institution explicite de la société » ce qui la distingue radicalement de toute hétéronomie. La société et les humains se donnent à eux-mêmes leurs propres lois là où « Dieu », « le parti », « l'Etat », « le Marché », « l'entreprise » sont habituellement en place d'organisateur de la société, de son institution elle-même. Ce qui implique que la société et les individus en son sein se soumettent aux lois instituées mais que, dans le même temps, ils puissent remettre en question l'institution de ces lois. Or, le problème actuel est que « l'autonomie » est falsifiée.

Nous sommes face à une nouvelle hétéronomie qui prend le masque de l'autonomie. Cette hétéronomie est le cadre néolibéral avec sa norme concurrentielle et la découpe du vivant et de l'existant en capitaux bons à développer, à faire fructifier, à investir. La santé est inscrite dans cette hétéronomie capitaliste. Le mouvement d'instituer (l'institution de la société) et la remise en question des lois instituées ne se fait qu'à partir

du cadre néolibéral. Ce qui implique une falsification de la réinstitution de la société par la société elle-même. Pour l'instant, une réinstitution à partir d'une réelle autonomie des acteurs ne se fait que sur un plan local. C'est à cet endroit que la question du commun offre une piste pour cette articulation entre micropolitique et macropolitique car il met la question de la pratique, de l'activité au centre du mouvement d'institution lui-même.

La démocratie représentative actuelle se décline dans le champ de la santé depuis une vingtaine d'années sous la forme de « la démocratie sanitaire ». « L'ensemble » des représentants sont consultés et participent à l'organisation du champ de la santé. Pour avoir une idée de la falsification démocratique à l'oeuvre et des marges de manoeuvre possibles, il faut s'intéresser aux croisements de plusieurs plans de luttes (juridique, clinique, administratif). Le concept central de « déstigmatisation » organise l'action publique et des professionnels depuis plusieurs années. « Il faut déstigmatiser la maladie mentale ». Pour se faire l'argument est toujours le même, il faut que les troubles psychiques soit considérés comme des maladies comme les autres. Que les patients psys soient soignés comme les autres... Dans une commission officielle, une collègue a pu répondre qu'être soigné comme les autres, c'est être mal soigné ! Silence dans la salle...

J'ai également pu entendre de la part d'un représentant d'une grande association que si les bipolaires peuvent à la limite être représentants des patients mais tout de même, les schizophrènes, ce n'est pas sérieux... Voilà le fond de la déstigmatisation un partage entre les bons patients normalisables selon les critères de « la bonne santé mentale » et les autres qui sont aux bords voire exclus des dispositifs nécessaires (hôpital plutôt que prison, dispositifs sécuritaires...). Toujours la même histoire du partage entre bons et mauvais : que ce soit pour les migrants etc.

Vous l'aurez sans doute compris, la dévitalisation de la psychiatrie est aussi liée à la dévitalisation de la démocratie. La question de l'âme, de l'étrangeté et de l'étrange est d'autant plus difficile à assumer que l'hospitalité elle-même est trouée dans ses fondements que ce soit de façon visible médiatiquement dans la Roya,

en Savoie ou dans nos rues, dans les initiatives individuelles etc.

Ce premier axe d'analyse de la démocratie se couple aux marges de manoeuvres qu'il est possible de dégager ou non localement dans un contexte où, sur le plan général, il y a une mutation du pouvoir et de son exercice. La verticalité du pouvoir est accrue sous couvert de promotion de l'horizontalité avec l'affaiblissement voire la disparition des anciens contre-pouvoirs qui existaient à chaque échelon de la pyramide hiérarchique.

### 4 Les pratiques alternatives pour transformer le réel

En face de cette dévitalisation, il est nécessaire de penser quelles sont les formes de pratiques et de luttes capables ou possiblement capables, aujourd'hui, de transformer le réel dans un sens émancipateur.

J'entends par pratiques altératives des formes de ce que l'on pouvait nommer dans la séquence historique précédente « contre-pouvoir ». Cette notion référée à une période de confrontation bloc contre bloc apparaît datée. Or, les formes de luttes issues de ces précédents modèles ont désormais une efficacité politique limitée voire nulle. Elles n'arrivent plus à transformer suffisamment le monde et le réel. Il n'y a qu'à penser à toutes les défaites récentes que ce soit dans le champ social (loi travail), dans le champ de la santé (GHT) ou dans le champ de la psychiatrie (loi de 2011). C'est ici que l'on doit se poser la question du sens de la grève, de ce que l'on peut en attendre et de savoir si cette forme suffit à ouvrir d'autres imaginaires.

Le deuxième axe de travail est de savoir s'il est possible, à l'heure actuelle, d'instituer une pratique de collectif de soin à partir d'une position clinique alors même que tout pousse à instituer l'organisation de soins à partir d'une position de manager et d'entrepreneur. Là aussi, des discours paradoxaux sont servis en permanence quand on se situe à cette place de responsabilité. Il faut être au plus proche du terrain et passer son temps en réunion...

Les professionnels en viennent eux-mêmes à être captés par l'impossibilité de penser ce qui arrive dans l'existence des personnes. Et bien souvent nous devons ouvrir cette simple question :

naturalismes de tout poil. Pour autant, cela ne suffit pas. Après, il faut y être. L'entrée dans cette dimension de compréhension historicisante à partir de constructions d'hypothèses, est bien souvent oubliée ou rabattue sur des comportements, sur des théories d'avant coup (quelle qu'elle soit).

Cette question d'institution à partir de la clinique impose de considérer ce qui se passe pour les gens comme étant lié au fait psychique, c'est-à-dire à l'existence d'un inconscient, de répétition et d'inédit, de phénomènes transférentiels qui mettent en jeu, qu'on le veuille ou non notre subjectivité. Pour autant, cette hypothèse de base ne se suffit pas à elle-même. Elle est inscrite dans le monde, dans la société actuelle et dans ce que deviennent les établissements de soin. Elle impose de composer avec l'imaginaire actuel qui oriente les pratiques sur un versant toujours plus santé-mentaliste. Il ne s'agit pas juste de se raccrocher à l'imaginaire héroïque d'antan (de la psychanalyse, des services publics au service du public, des dispositifs construits pour les questions qui se posent plutôt que pour les réponses que l'on veut apporter d'emblée) ou à la subversion intrinsèque d'une « clinique du sujet ».

Je ne sais pas s'il est possible de limiter la dévitalisation par l'imaginaire actuel et par les normes qui nous traversent toutes et tous. Pour autant, ce pari de tenter de produire une nouvelle vivance ne supporte pas d'alternative sauf à penser qu'il n'y ait plus de sens à ce que l'on fait et de s'habituer toujours plus au pire.

## Branchement de pratiques

Pour avancer sur ces pratiques altératives, je vous présenterai le travail en cours dans le secteur à partir de l'association du journal «Et Tout et Tout».

Depuis plusieurs années, je suis en lien de travail avec le CRPA, association qui lutte pour les droits fondamentaux des personnes privées de liberté en psychiatrie, et qui a notamment fait casser la loi de 1990 par l'intermédiaire d'une question prioritaire de constitutionnalité. Les armes du CRPA sont essentiellement juridiques. Je renvoie à la soirée sur Mediapart le 14 mars 2018 avec Adeline Hazan, CGLPL et André Bitton, président du CRPA.

Lors des réunions avec les patients sur l'unité d'hospitalisation, reviennent régulièrement des problèmes de divers ordres. A partir de ces réunions, des courriers sont envoyés à l'administration pour se plaindre

des conditions d'hospitalisation, pour se plaindre de nous et de nos conditions d'accueil. Plaintes que nous encourageons d'autant plus qu'elles permettent une conflictualisation sur d'autres scènes que celle exclusive du service. Ici, il est important de soutenir le conflit, de voir qu'il ne nous détruit pas et qu'il permet des altérations et constructions réciproques. A l'heure des « je suis d'accord avec vous » et des « en même temps » désamant la critique, il apparaît sain de retrouver une dimension conflictuelle, assumée, transformatrice (et non simplement imposante ce qui est prévu par avance sous couvert de « concertations » falsifiées).

Ces plaintes vont à la Commission des usagers (CDU) et sont prises au sérieux car des personnes extérieures y siègent et sont le reflet des problèmes qui se posent pour les patients dans l'établissement, et des réponses que l'on y apporte. Nous avons pu constater que ce qui est refusé aux soignants est plus facilement accepté pour les patients, élément nouveau dont nous devons mesurer toute l'importance.

Au fur et à mesure que l'intérêt pour la CDU se manifestait, nous nous sommes renseignés pour savoir qui siégeait à cette commission puisqu'il doit y avoir des représentants des familles et des usagers. Or, à la place des usagers, siègent également les familles.

Sachant que le CRPA est agréé depuis plusieurs années pour siéger dans ces instances en tant qu'association d'usagers (l'agrément est délivré par l'Agence Régionale de Santé), «Et Tout et Tout» a invité le président du CRPA André Bitton et des membres de l'association pour que les usagers de «Et Tout et Tout» puissent se représenter eux-mêmes par l'intermédiaire du CRPA. Après avoir postulé officiellement pour le compte de «Et Tout et Tout», le CRPA a reçu des refus au motif que les sièges réservés aux usagers étaient déjà pourvus. Un recours au tribunal administratif est en cours d'instruction et pourrait faire jurisprudence au niveau national, à savoir que les associations représentant les familles ne peuvent représenter les usagers. Ce qui permettrait d'ouvrir à de possibles conflictualisations et donc différenciations entre la position des familles et des proches, et la position des patients eux-mêmes.

Au niveau clinique, toute cette affaire nous permet d'être dans une pratique ensemble pour que les patients puissent faire entendre leur voix en

leur nom et non sous notre coupe ou celle de telle ou telle représentation. Cette pratique a permis d'aborder ce que nous pensons les uns et les autres des soins et de la contrainte, de nos vécus respectifs à partir de nos places respectives. C'est intéressant puisque la mise en circulation de ces objets de parole et de ces pratiques enrichissent tout le monde et permettent de poser la question de ce que l'on veut collectivement dans tel lieu. Cette lutte pourra avoir des répercussions sur nos pratiques, sur l'accueil que l'on fait ou non, sur ce qui peut ou non se dire dans les instances officielles et feutrées de l'hôpital. Ainsi le branchement de pratiques juridiques avec le CRPA, sur des pratiques de soins (avec le groupe journal) et des espaces associatifs partagés avec « Et Tout et Tout » produisent des altérations dans l'institué (ici la commission des usagers) et peuvent permettre l'émergence d'instituant, de décalages.

Sur un autre plan, je pourrai aussi vous raconter la création des fonds de solidarité à Et Tout et Tout et de l'imaginaire déployé à l'occasion du vol de la caisse du bar de Et Tout et Tout sur l'unité d'hospitalisation. De comment faire avec l'imaginaire social actuel pour tenter de le transformer de façon microscopique. Mais comme souvent, le temps manque.

<sup>4</sup>Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=MUI4g413UJ0>

## Conclusion

Si l'actualité médiatique de la psychiatrie s'est heureusement décalée des faits divers pour mettre en lumière les pratiques maltraitantes, nous devons tenter de nous saisir de cette conjoncture pour interroger et transformer notre champ de travail.

Reconstruire du collectif à partir de la pratique. Instituer des espaces de conflictualité propices au travail sur l'ennemi intérieur (nos résistances personnelles, de groupe et d'établissement) tout autant que face à l'adversité. Repenser la question stratégique à partir d'un devenir minoritaire. Premier point de tenir bon sur les pratiques d'accueil et d'hospitalité, les plus larges possibles en tenant compte de nos impossibles.

L'inconditionnalité de l'hospitalité est un principe premier qui nécessite un travail préalable. Ce fondement se construit au fur et à mesure des strates travaillables et travaillées dans l'institution.

Pour rester vivant en tant que psychiste, il y a un enjeu à combattre politiquement sur le terrain de la clinique et cliniquement sur le terrain politique. Ces deux plans bien qu'enchevêtrés sont bien trop souvent étanches. Il nous appartient de trouver les formes permettant une altération suffisamment grande pour instituer autrement les rapports humains, les collectifs de soin et la société.

«La politique n'est ni la concrétisation d'un Savoir absolu, ni technique, ni volonté aveugle d'on ne sait quoi ; elle appartient à un autre domaine, celui du faire, et à ce mode spécifique du faire qu'est la praxis »

# Condensé des principales notions abordées

## Première journée

### La perte de sens en lien avec une politique restrictive et protocolaire

■ Le caractère individuel des évaluations, la protocolisation, l'optimisation des organisations tendent à nous déposséder de notre sens soignant.

■ Le caractère individuel des évaluations, la protocolisation, l'optimisation des organisations tendent à nous déposséder de notre sens soignant.

■ Résister en redonnant sa place à la clinique et à la créativité

□ En valorisant le rôle propre infirmier, et le temps informel.

■ S'appuyer sur l'historique pour reconstruire l'avenir.

■ Lutter contre une mobilité professionnelle protocolaire qui tend à uniformiser les pratiques.

■ L'orientation actuelle veut faire passer les normes pour des règles professionnelles ce qui n'est pas le cas.

### La question des moyens entraînant une déshumanisation des soins

La fermeture ou fusion de services, de lits ou même d'hôpital entraîne une

dégradation des soins caractérisée par :

■ Un turnover allant à l'encontre de toute logique soignante,

■ Une augmentation de prescription de psychotropes

■ Une augmentation des contentions

■ Une baisse voire une disparition des activités thérapeutiques, en lien avec une politique d'austérité restrictive centrée sur les neurosciences et les chimiothérapies.

■ Une détérioration de la relation psychiatre / soigné engendrée par le manque de médecins avec des conséquences importantes sur les équipes.

### Les luttes

La lutte laisse une trace qui permet de construire l'avenir.

Combattre la notion (dévoyée) de santé mentale qui consiste à s'adapter à une situation dans laquelle on ne peut rien changer mais soutenir l'idée de jours meilleurs.

Se servir d'expériences novatrices et faire partager (sans oublier le collectif) sur tous les axes : local, départemental, régional et national.

S'opposer au système, et ce, en lien avec les associations, syndicats, patients, familles, soignants, partis politiques...

Eviter les clivages entre les catégories professionnelles, mais aussi entre la psychiatrie et les structures concomitantes. Travailler à la convergence des luttes afin d'intégrer l'ensemble du secteur psy, médico-social, social.

Travailler et développer la solidarité notamment entre CDD/titulaires, mais aussi public/privé.

### La Formation

Il apparaît, une nouvelle fois, que la question de la formation est majeure pour répondre aux besoins spécifiques de la psychiatrie.

Nous devons définir une position concernant les formations, celle d'infirmiers travaillant en psy, mais aussi AMP, Psychiatres, pédopsychiatres, psychologues.

Les Etats généraux vont nous obliger à nous positionner.

### La sécurité sociale

Les principes fondateurs de la Sécurité sociale doivent être réaffirmés et restaurés afin de redonner aux citoyens le pouvoir d'orienter l'action sanitaire et sociale. Seul le service public permet de garantir aux citoyens l'absence de conflit d'intérêt et donc une politique complètement au service de la population.

# Quelle place de la psychiatrie dans notre système de santé ?

Animé par Christian GROS cadre infirmier (CNP) et Stéphane BARBAS



### Introduction

**En s'appuyant sur la situation en PACA ou comme ailleurs la mise en place des GHT fait des dégâts importants. Les suppressions de postes et de services sont légions et ou l'encadrement ne se rebelle que très peu.**

Un point est fait pour à nouveau relever l'importance de la formation initiale.

Pour mémoire, en 92 au cours de la formation ISP les étudiants (rémunérés) faisaient 8 stages en psy et 4 en pédopsychiatrie. En 2009, ils ne faisaient plus que 2 stages de 5 semaines.

Comment définir la compétence ? peut-on se contenter d'une validation, d'une accumulation de savoir ?

Disparition du tutorat. Les formateurs ne vont plus sur le terrain.

La place des infirmiers risque-t-elle d'être prise par d'autres paramédicaux ?

Quelle place pour la rencontre singulière avec l'autre, quelle place pour la compréhension, la réflexion de son comportement personnel et de son ressenti ?

Si la formation initiale est essentielle, il est rappelé l'importance de la formation continue pour accompagner les soignants tout au long de leur évolution.

Une participante insiste sur l'importance de la formation spécifique en psychiatrie, prendre en compte la psychopathologie de la psychose.

La qualité de relation soignant/soigné est directement liée à un contexte rassurant et apaisant qui suppose que les soignants disposent du

temps nécessaire, et soient portés par une équipe professionnellement cohérente.

La notion de plaisir reste un élément capital pour donner à cette relation une dimension positive et constructive.

En référence, le livre de Yves BUIN pédopsychiatre « Psychiatries, l'utopie, le déclin »

**Info sur la loi de 86 sur les licenciements des fonctionnaires prorogée de 2 ans.**

**Stéphane :**

Sur la place de la psychiatrie dans le système de santé, jusqu'où défendre la spécificité de la psychiatrie, sans doute pas dans un GHT psychiatrique comme en Île-de-France ?

Différence de situation entre les CHS et les services de psychiatrie dans les CH généraux.

La discussion se poursuit sur le manque de réactions de la CGT sur certaines questions (suppression des CHSCT, sur les GHT).

Saisir les propositions des politiques (Ruffin par exemple qui devait participer initialement à cet atelier.)

Evocation de la situation particulière de Paris et de son GHT psy.

Les questions de financement reviennent tout le temps à commencer par celui de la Sécurité sociale.

Dans les hôpitaux, les directions cherchent à faire rentrer des fonds par exemple en faisant payer les chambres individuelles.

Evocation du poids des intérêts d'emprunts dans nos budgets, pourquoi le service public n'emprunte-t-il plus à taux zéro à l'Etat ? le choix politique est clair.

Importance du COPERMO (Commission de financement des projets hospitaliers auprès de Bercy) qui conditionne les financements à la mise en œuvre de politiques d'austérité.

A Tours, Poissy, partout les suppressions de postes et les fermetures de lits sont la règle. Ailleurs se sont les projets immobiliers qui sont à la peine.

Le COPERMO fonctionne comme le FMI avec les pays africains.

Cependant les mobilisations existent comme dans la région Rhône-Alpes : urgences en grève, lettres de médecins à la ministre, sensibilisation de la population.

Remise en question du secteur et de son aspect généraliste, le ministère privilégie des priorités ciblées (addiction, suicide...)

En pédopsychiatrie, les priorités sanitaires risquent d'être invisibles. On répond en priorité aux situations les plus urgentes, chez les ados en particulier, le reste peut attendre.

Problèmes aggravés par le déficit à venir de pédopsychiatres (l'IGAS propose d'embaucher des généralistes).

Jacques (Nancy) propose d'adresser à Ruffin les comptes rendus des rencontres. Nécessité d'un débouché politique, sentiment que la CNP n'agit pas. Certains expriment un sentiment de déception. Les constats faits ici sont les mêmes qu'il y a quelques années.

Stéphane : Il y a des soutiens politiques, par exemple Laurence COHEN, sénatrice PC, a permis aux médecins mobilisés autour de la pétition à Buzyn de se réunir au sénat. Même si on a un sentiment d'inertie, il y a des choses qui bougent du côté des médecins.

Philippe (CNP) réprecise le rôle de la CNP. Ces travaux sont remontés dans les instances décisionnelles de la CGT auxquelles la CNP ne se substitue pas.

Discussions sur les « micros » luttes » en lien avec le débat d'hier sur les initiatives de soins comme formes de résistance. C'est insuffisant, mais défendre un CMP qui doit fermer par exemple, ce n'est pas une « micro-lutte ». **C'est difficile de hiérarchiser les luttes.**

# Isolement, contention, sécurité et sécuritaire

Animé par Pierre DUMORTIER, psychologue, CNP.

### Historique

Après la période du « grand enfermement » (FOUCAULT) des populations errantes et « dangereuses » à la fin du Moyen-Age, PINEL et PUSSIN, préfigurateur de l'infirmier en psychiatrie, libèrent les aliénés de leurs chaînes ; les aliénés deviennent des « malades » à soigner.

Après la seconde guerre mondiale, trois mouvements sortent à leur tour les malades de leur enfermement. La psychothérapie institutionnelle, née à Saint-Alban, veut entre autres « favoriser la libre circulation des patients » et utilise l'hôpital tout entier comme lieu de soins. La psychanalyse entend tenir compte de la vie psychique de chacun ; LACAN s'opposera plus particulièrement à une psychanalyse adaptatrice et normalisatrice à l'américaine, en insistant sur le désir propre à chaque sujet particulier. Enfin, la psychiatrie de secteur veut rapprocher les soins du lieu de vie du patient et restaurer « la valeur humaine de la folie » (AYME).

### Sécurité et sécuritaire

Didier ROBIN différencie sûreté objective, et sécurité subjective. Par exemple, un véhicule 4 x 4 donne un sentiment de sécurité parce que plus solide, mais est en réalité moins sûr car il amortit moins bien les chocs que le corps doit alors supporter lui-même. On peut faire l'hypothèse que, plus on est dans le sécuritaire, moins on est réellement dans la sûreté.

La baisse des effectifs et de la formation des soignants engendre l'insécurité, de plus en plus palliée par des vigiles, moins coûteux, dans de nombreux CHS. Ainsi à Pau, au CHU

de Grenoble, à Agen, en Picardie, au CHS Daumazon, au Vinatier et à Saint-Jean-de-Dieu, au CH Esquirol... et récemment à Sevrey, ces vigiles sont souvent présents depuis longtemps dans ces établissements et les soignants, plongés dans le sécuritaire, ne veulent plus s'en passer. Très rarement, on compte des équipes de renforts soignants, comme à Saint-Egrève et, récemment, à Mazurelle.

### L'isolement avec H. ARENDT

H. ARENDT, philosophe notoire, différencie isolement, solitude et esseulement (ou désolation).

Pour elle, la solitude est la suspension de l'appartenance au monde et de la relation aux autres. Mais, dans ce cas, je suis seul avec moi-même, dans la pensée, dans une conversation silencieuse de moi avec moi ; j'aurai alors à un moment besoin des autres pour recouvrer mon unité.

Dans l'isolement, je ne suis plus ni avec les autres, ni avec moi-même, mais reste concerné par les choses du monde.

Par contre, l'esseulement caractérise la perte absolue des 3 appartenances. C'est la destruction de la sphère publique et du foyer ; elle provient du totalitarisme, de l'impuissance politique d'agir avec les autres. C'est la désolation quand toutes les activités humaines sont transformées en travail, quand l'homo faber (l'homme de l'art) disparaît au profit de l'animal laborans (le prolétaire/technicien). Seul demeure alors l'effort pour se maintenir en vie et disparaît le pouvoir d'ajouter quelque chose de soi au monde commun. L'isolement dans la sphère politique, c'est la désolation des sphères de relations humaines.

Ces concepts sont intéressants pour comprendre ce que devient le vécu et la pratique des soignants aujourd'hui.

Et pour les patients ? L'isolement thérapeutique consiste à couper le patient d'un milieu trop excitant, inadapté ou angoissant, mais en conservant le patient en lien avec l'équipe soignante qui filtre le contact avec les autres ; il s'agit finalement d'un isolement partiel, et non d'un esseulement.



# Isolement, contention, besoin de sécurité mais pas tout sécuritaire, quel sens donner aux soins ?

**Au cours de l'histoire, une baisse des isolements et contentions a été amorcée, mais ce déclin s'est inversé à partir des années 2000 avec une dérive sécuritaire induite par nos politiques. Récemment, différentes lois ont été instaurées pour encadrer ces pratiques, notamment le contrôleur général des lieux de privation de libertés ainsi que les recommandations de bonnes pratiques. Le constat est alarmant et nous amène à nous interroger sur nos pratiques soignantes.**

Intervention des collègues de Lagrange (Hautes-Alpes 05).

L'utilisation des chambres d'isolement représente 1 à 2%, et lorsqu'elle est utilisée c'est sur des temps les plus courts possibles, plutôt comme une chambre d'apaisement.

La culture institutionnelle et soignante prend une place prépondérante dans leurs pratiques de soins.

Comment se transmet cette culture institutionnelle ?

Il s'agit d'une formation vivante concrète et continue +++.

**1/ Formation continue** auprès de tout le personnel non-soignant, direction : il s'agit de faire une approche de la psychiatrie avec un travail d'échange de discussion pour diminuer les appréhensions, puis une journée d'immersion dans les services d'hospitalisation, et une demi-journée de debrief.

## 2/ Formation des soignants

Une heure par mois d'entretien avec un IDE référent pour échanger de façon confidentielle, analyse de pratiques et une demi-journée tous les deux mois d'apports théoriques. Les contentions n'existent pas dans cet hôpital, peu d'utilisation de chambres d'isolement, mais utilisation du pyjama.

L'équipe explique que les pressions viennent de l'extérieur, un travail de lien avec la gendarmerie a été fait afin d'échanger sur leur façon de travailler.

Les échanges et le questionnement en équipe sont permanents et permettent d'évoluer vers des pratiques de soins humaines que nous défendons. Ils amènent une cohésion d'équipe et donnent un réel aux pratiques soignantes, et surtout un plaisir de travailler.

## Débat

Au cours des différentes interventions, nous avons pu constater que chaque établissement a ses propres pratiques.

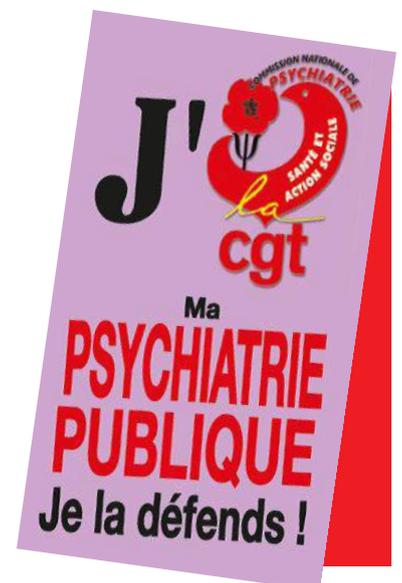
La peur des soignants qui est normale mais il faut en parler, qui par

appréhension utilise les contentions ou l'isolement pour la sécurité de leurs collègues, et la peur du changement de nos pratiques.

L'accueil est le maillon essentiel du lien thérapeutique.

***Quand on reçoit un patient, on ne reçoit pas un schizophrène, on accueille un patient avec sa maldie».***

Malgré un contexte difficile, ce débat nous a permis de réfléchir et d'interroger nos pratiques. Le changement peut se faire progressivement et COLLECTIVEMENT. L'important c'est d'en parler et d'échanger.



# L'équipe pluridisciplinaire, notion de réseau

Animé par Patrick RAPPARD, Jérôme LALLEMANT, infirmiers (CNP)

### Introduction au débat :

*L'histoire de l'équipe soignante en psychiatrie est étroitement liée à celle du secteur psychiatrique tel qu'il a été défini par la circulaire de 1960, celle-ci n'étant que l'aboutissement de ces formidables avancées en terme de prise en charge des malades au sortir de la guerre, ce que les historiens ont appelé l'extermination douce, 40 000 décès de patients dans les hôpitaux psychiatriques.*

**Quand François Tosquelles, réfugié républicain espagnol, fait de Saint-Alban un lieu ouvert (réfugiés, poètes, résistants, malades) à toutes les thérapies possibles, il ouvre la voie à une politique désaliéniste qui va transcender la loi de 1838.**

D'autres psychiatres ont participé à cette nouvelle construction politique: Daumézon, Bonnafé, Le Guillant, Paumelle.

■ **Oury qui était passé par Saint-Alban en 1947 ouvrira en 1953, la clinique de Laborde.**

La politique de secteur ce n'est pas l'addition de l'hôpital et de ses structures satellites mais bien une articulation de ces différents lieux de soins en fonction de l'état et de l'intérêt du patient considéré ici comme un être à part entière.

Sous la responsabilité du médecin chef de secteur, ce sera la même équipe qui le suivra dans son long cheminement thérapeutique.

**Deux raisons au moins ont fait que la politique de secteur est restée inachevée** sinon dans quelques hôpitaux ou cliniques à but non lucratif.

**Des raisons idéologiques et des raisons économiques toutes étroitement liées.**

En effet, financer une politique de secteur avec les personnels nécessaires et les structures appropriées a un coût et les politiques de restriction budgétaire ont tôt fait de restreindre les moyens alloués pour financer les CMP, hôpitaux de jour, CATP.

Ceci est en rapport direct avec une gestion libérale de la Sécurité sociale, la loi de financement votée par le parlement imposant de compenser le financement non contraint de la médecine de ville par restriction du financement des hôpitaux et établissements médico-sociaux.

Dans le même temps, le pouvoir politique a peu à peu érigé les courants organicistes comme seuls possibles, l'établissement du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) première publication en 1952, de la CIM (Classification internationale de maladies par l'OMS) avec une section pour les troubles mentaux vont alors peu à peu servir de seule référence.

Des errements de la psychanalyse autour de la culpabilisation des parents seront aussi l'occasion de discréditer ce courant au profit des neurosciences montrées, elles aussi, comme seule voie possible, s'attachant plus à effacer le symptôme que d'en rechercher la genèse, mettant peu à peu à mal

les psychothérapies institutionnelles au profit des théories cognitives et comportementalistes laissant de côté la vie, l'histoire de la personne porteuse de troubles mentaux.

**La fermeture de lits s'est accélérée à partir des années 2000 (rappelons-nous la mission Massé), nous sommes passés de 14 000 à 60 000 lits fermés en quelques années.**

La création des foyers d'accueil, d'abord foyers à double tarification, puis appelés FAM (Foyers d'accueil médicalisés) dont leur financement est pour une partie pris sur les budgets sanitaires (forfait soins) pour l'autre par les Conseils généraux puis départementaux (forfait hébergement).

Ceci a eu un double avantage économique : réduction des budgets de la sécu, fermeture de lits de psychiatrie publique, sans avoir à créer de structure intermédiaire et transfert des coûts vers les collectivités territoriales. Notons qu'un prix de journée : de 500€ à plus de 700€ en psychiatrie publique est de l'ordre de 250/280 en FAM ! Le coût autour de 125/130 pour la partie sanitaire !

Mais constatons aussi qu'en matière de psychothérapie institutionnelle, des associations, fondations, ont eu, elles aussi, des expériences novatrices. Le meilleur exemple serait sûrement l'ASM 13 (Association de santé mentale du 13<sup>e</sup> arrondissement) avec Paumelle, Lebovici, Diatkine ou la clinique de Laborde sous l'impulsion de Jean Oury.

D'autres aussi ont eu leurs expériences novatrices comme la Fondation John Bost qui, jusque dans les années 2000, sous l'impulsion du Dr Gabbaï, a su aborder la psychothérapie institutionnelle sous des angles novateurs, émancipateurs, sans sectarisme.

Dans le service public, la pluridisciplinarité s'est peu à peu ouverte au personnel éducatif, qui sous un angle nouveau a permis d'aborder la psychopathologie en amenant une culture différente et complémentaire dans les prises en charge.

La limite étant sûrement à rechercher d'une part dans la fin des formations spécifiques d'infirmier psy et le manque de formation en psychopathologie dans les formations éducatives, avec pour les établissements MS une tendance à privilégier les emplois les moins coûteux comme les AMP (à la base créés par Tosquelles et l'Abbé Oziol, dans une structure accueillant des personnes porteuses de psychoses déficitaires : « Le clos du nid » en Lozère. A son origine, l'AMP était une assistante maternelle, sans formation, qui amenait une relation maternante dans le soin.

Depuis une vingtaine d'années, nombre de patients pris en charge dans des structures publiques de psychiatrie en hospitalisation à temps complet se sont vus transférés dans des établissements médico-sociaux, sans pour autant que ces derniers soient en capacité de répondre à tous leurs besoins.

La sectorisation ne touchant pas ces établissements, nous sommes passés d'une hospitalisation à temps complet dans l'intra-hospitalier dans

un autre dans le médico-social, alors que les perspectives de socialisation y sont très différentes, y compris à travers leurs projets institutionnels.

Ces derniers étant aujourd'hui calqués sur les seules recommandations de l'HAS qui, de fait, ne voient les projets qu'au travers le prisme déformant/déformé de l'évaluation (il en est de même pour le sanitaire). La démarche qualité niant la qualité de la démarche.

Pour amener ce glissement du sanitaire vers le médico-social, le concept de stabilisation a été créé artificiellement.

Une fois la crise passée, la symptomatologie atténuée, la stabilisation est déclarée comme s'il s'agissait de traiter un problème somatique.

Cette stabilisation a permis de passer du lieu de soins (sanitaire) à un lieu de vie (MS). Mais l'état de crise ressurgissant, ce sera donc à l'équipe médico-sociale de la gérer, sans (ou rarement) intervention du secteur psy. Le peu de psychiatres, de psychologues dans ces établissements pouvant mettre en grande difficulté des équipes peu habituées, peu formées à ce type de prises en charge.

Il nous faut donc réfléchir à inventer de nouvelles coopérations entre un service public de psychiatrie de secteur, intra et extra-hospitalier, et un monde médico-social qui doit faire face à des prises en charge qui relèvent de la psy pour des personnes dont la durée de séjour peut être particulièrement longue, sans oublier le problème du vieillissement de ces personnes et des PEC dans les EHPAD.

***Socialiser et soigner, créer des réseaux où la personne en demande serait au centre du projet et des dispositifs est-ce si utopique que cela ?***

Le réseau de soins n'étant pas le réseau actuel tel qu'il est imposé par les ARS, basé sur le parcours de soins et les GHT.

Il ne s'agit pas non plus de rétablissement, je fais référence ici à ce concept venant des USA qui veut que l'on pourrait se satisfaire d'un simple rétablissement (retour à l'état antérieur avant la crise, signe d'affaiblissement du symptôme, sans se pencher sur les causalités) mais il s'agit de trouver les synergies nécessaires et utiles pour soigner et socialiser.

Il ne s'agit pas non plus d'un projet UCSA (Un Chez Soi d'Abord) qui se contente de donner un toit et propose de transformer le sujet ayant besoin de soins en soignant (pair aidant), ni de sérafin PH qui va amener la T2A dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

***Nous devons repenser à partir de nos utopies fondatrices, à partir de nos histoires, de (re) trouver des synergies nouvelles qui, des expériences du passé, ouvrent vers l'avenir des champs possibles pour qu'au-delà des mots, nous puissions soigner les maux de la psychiatrie.***

# L'équipe pluridisciplinaire, notion de réseau et de secteur

Témoignage rapporteur : Luc CADILLON, infirmier psy. retraité, Pdt CPAM <sup>(24)</sup>

**23 camarades présents lors de cet atelier, 21 prises de parole.**

**Ces échanges ont permis d'aborder le sujet à traiter avec au centre le secteur, ses problématiques, sa complexité, ses limites, son avenir.**

Patrick RAPPARD a évoqué le rôle de l'infirmier au fil du temps, du gardien à l'infirmier de secteur psychiatrique.

Jérôme LALLEMANT a situé le rôle infirmier en lien avec les associations qui interviennent dans le traitement des addictions en lien aussi avec le carcéral.

Luc CADILLON a fait lecture d'un texte introductif sur le sujet traité

Dans nombre d'interventions a été soulignée l'importance de l'équipe de secteur, de l'équipe pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle avec tous les acteurs (médecins, soignants, administratifs, services généraux) et le sentiment actuel d'une équipe dévoyée, morcelée, détournée de son sens par les politiques successives transformant une volonté de continuité dans la prise en charge (ville/hôpital) en parcours de soins.

La nécessité de revenir à des pratiques constructives, la clinique, les analyses de pratiques, les réunions avec tous les professionnels.

Le « turnover » des soignants a été évoqué, mettant en difficulté une continuité dans la prise en charge, et le rôle des administratifs (secrétaires) qui parfois sont la seule mémoire.

Les besoins en formation des professionnels, notamment en psychopathologie, mais aussi la formation des internes en psychiatrie qui ne se fait plus qu'en milieu universitaire, les écartant ainsi d'une pratique du secteur.

La nécessité de garder une cohésion entre l'intra et l'extra hospitalier avec la même équipe pluridisciplinaire, et un travail de maillage territorial à mettre en œuvre.

Garder une approche globale, savoir tisser des liens (autres structures, le médico-social, savoir accueillir les partenaires).

La question a été posée : comment se situer dans une démarche revendicative dans les Conseils Locaux de Santé, ou de Santé Mentale quand ils existent, comment y porter nos exigences, différencier politique de secteur soignant les pathologies psychiatriques et la santé mentale (rester en bonne santé mentale).

Une politique de secteur qui, avec un travail en réseau (médico-social, social), fait du travail un objectif d'intégration indispensable pour une vraie politique de réhabilitation sociale, le travail étant une garantie primordiale d'intégration.

Il a été aussi condamné l'utilisation de qualificatifs stigmatisant à l'encontre des patients comme celui d'inadéquat, de double inadéquat, « **c'est comme leur faire porter une étoile jaune** » dira avec force une intervenante. Ségrégation qui va à l'encontre de notre volonté d'intégration du patient dans la société, ne pouvant amener que ségrégation et exclusion.

Le travail en réseau n'est pas l'addition

du secteur et du médico-social et du social, mais le lien à trouver pour permettre une efficacité dans la prise en charge, y compris lors du passage du sanitaire vers le médico-social. Ce secteur médico-social qui doit avoir les moyens pour mener à bien ses missions de service public (budget, personnel médical, paramédical, éducatif).

Le travail en réseau, c'est aussi le travail avec les associations dont les équipes interviennent dans le champ social, et aussi en milieu carcéral afin que le patient puisse avoir une prise en charge.

Promouvoir l'établissement de liens entre le secteur, les associations et le monde carcéral ; l'univers carcéral est-il le meilleur lieu de soins ? Distinguer les pathologies se révélant en prison et celles qui y amènent, un lieu de privation de liberté est-il un milieu de soins ?

Le travail en réseau, c'est aussi tisser les liens avec la médecine de ville, dont le secteur doit garder un rôle central de garant du projet de soins, ce qui est l'inverse du rôle actuel de la médecine de ville dans le parcours de soins.

Comment les savoirs se constituent, se renforcent pour appuyer nos revendications pour un service public de psychiatrie fort, avec un secteur qui parte des besoins des populations, en milieu rural ou urbain, disposant de moyens adaptés à ces considérations géographiques.

● Repenser nos savoirs et combattre ces politiques qui cassent le secteur, notamment avec les GHT

● Redonner du sens, de la cohésion, des moyens, la psychiatrie c'est des savoirs, des savoir-faire et de l'empathie.

# Liberté professionnelle, redonner du sens à notre travail

## Pour de nouveaux critères de gestion de l'hôpital public

Animé par Nelly VORILLON, infirmière (CNP) et J-Claude VASLET, expert santé au travail

**Cette intervention n'est pas un témoignage. Elle s'appuie sur de nombreuses expertises réalisées dans les établissements de santé majoritairement publics.**

**Cette courte contribution au débat commence à explorer les problématiques auxquelles vous êtes confrontés, en se positionnant sans aucune ambiguïté du côté de celles et ceux qui produisent, mieux encore, de celles et ceux qui luttent.**

A partir du questionnement initial, à savoir comment redonner sens à votre travail, comment libérer le travail du craquant qui lui est imposé, elle tente de montrer en quoi la question du travail est au cœur d'une intense lutte des idées et que les moyens dont dispose chacune des parties ne sont pas équivalents.

Elle met l'accent sur la nécessaire conquête de pouvoirs nouveaux dans les établissements, comme au plan national, alors que le projet de Macron et Buzyn est justement de réduire ces pouvoirs en cassant le statut des fonctionnaires.

De ce point de vue, cette intervention s'inscrit en contre du projet consistant à livrer à la finance le service public de santé et ce qui reste de la Sécurité sociale.

**Les luttes montent dans le service public hospitalier,** qu'il s'agisse des urgences, des services d'hospitalisation conventionnelle, des EHPAD, de la psychiatrie et du secteur social. Elles renvoient à cette question

qu'une infirmière des Urgences de Lyon sud exprimait ainsi :

**« Je ne fais même pas grève pour mon salaire, je fais grève juste pour faire mon travail correctement ».**

Il s'agit bien là d'un véritable appel au secours. Cette verbalisation de la souffrance qu'occasionne la perte de sens du travail est salvatrice parce qu'elle permet de déculpabiliser. Pour autant qu'il soit authentique, ce cri est-il, en soi, porteur d'amélioration ?

**Nos millions de concitoyens perçoivent mieux les dégâts produits par 30 ans d'austérité.**

**Dans les établissements, le constat de la souffrance des personnels n'est plus à faire.**

Ce constat et la compassion qu'ils engendrent n'ont-ils pas parfois tendance à occulter, voire à nier les conditions concrètes de la réalisation du travail et le fait que ce travail est réalisé dans le cadre d'une relation sociale particulière, celle de la relation d'emploi salarié ?

Alors que le pouvoir veut aller encore plus loin dans la marchandisation du soin et de la protection sociale, il ne peut plus masquer les réalités. Il ne lui viendrait d'ailleurs pas à l'idée de jeter les soignants en pâture de l'opinion publique comme il le fait des Cheminots et des fonctionnaires en général.

Ce cri met en évidence la frustration et la souffrance qu'occasionne la perte de sens du travail. En même temps, il a tendance à rejeter de façon un

peu honteuse un élément essentiel de reconnaissance du travail : **le salaire.**

Rappelons que le salaire est à la fois la contrepartie d'une prestation de travail et aussi la reconnaissance sociale du niveau d'engagement professionnel à travers la reconnaissance de la qualification.

La stratégie des directions consiste à séparer les conditions de travail et les conditions d'emploi, si ce n'est dans les mots, c'est dans les faits.

Transiger sur ce point, c'est mettre le doigt dans l'engrenage de la cogestion de la crise. C'est d'ailleurs le rêve du ministère, d'abord, de Jean-François Mattei en 2002 puis de Philippe Douste-Blazy en 2005, qui envisageaient de supprimer le CHSCT pour que ses «missions» soient reprises par une commission «conditions de travail» dans un grand service qualité.

La réalité leur a démontré le contraire, par leur activité souvent soutenue, dans cette période, les CHSCT ont montré leur importance et leur utilité même si à elle-seule, l'activité des CHSCT n'est pas en mesure d'inverser la tendance. Elle n'y est toutefois pas pour rien dans les prises de conscience de l'opinion publique.

C'est d'ailleurs sur ce point précis qui consiste à éluder les conditions concrètes de la relation d'emploi salarié, que l'engagement dans la démarche Qualité de vie au travail (QVT), chère à nos directions et au ministère, s'appuie pour psychologiser la question, individualiser les problématiques, isoler les individus et donc neutraliser toute possibilité de lutte pour améliorer les conditions de travail.

## La QVT, un instrument managérial dans la lutte des idées.

La QVT s'appuie sur l'immense aspiration à travailler autrement, maîtriser, organiser son travail. La QVT est une stratégie d'enfumage qui dispose de plus en plus de moyens humains et matériels visant à occulter les conditions d'emploi et détourner l'attention sur les facteurs exogènes au travail (l'individu isolé, les relations familiales, l'environnement). Elle vise, comme l'ensemble des démarches managériales à tonalité sociale, soit à contourner les organisations syndicales et les Instances représentatives du personnel (IRP), en premier lieu le CHSCT, soit à intégrer ces IRP et syndicats à ces objectifs de gestion.

### Cette gestion étant destinée :

- soit directement à remplir les poches des actionnaires quand il s'agit des structures affiliées à des groupes privés;
- soit à s'inscrire dans une démarche de marchandisation du soin et de casse de la Sécurité sociale.

Il nous faut donc sortir de ces critères de gestion, purement mercantiles et financiers, pour les substituer par de nouveaux critères de gestion que l'on pourrait qualifier de démocratiques, de sociaux, d'environnementaux.

### Définition de la QVT :

« La notion de Qualité de vie au travail (QVT) correspond à un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt au travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun-e, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué ».

On ne parle plus d'absentéisme mais de présentéisme. Comme on ne parle plus de prévention des risques et de responsabilités de l'employeur, mais plutôt de gestion des risques et de responsabilité partagée, de responsabilité collective voire d'échec du dialogue social.

### Selon les cabinets spécialisés :

*« Pour obtenir un résultat optimal, il faudra comparer la réalité des faits avec la perception qu'ont vos salariés de leur environnement de travail. »*

Un questionnaire est distribué aux salariés pour mesurer leur ressenti. On le compare avec des éléments prétendument objectifs : (Qualité des projets, qualité de la communication, rémunérations, prise en compte des problèmes, reconnaissance, qualité du travail, sentiment d'appartenance, possibilités de promotion, relations de travail, clarté du travail à faire, relations avec les patients, soutien des collègues, pressions temporelles, charges de travail, environnement de travail, Variété des activités, Conciliation vie perso/prof. Autonomie dans l'exécution, moyens matériels suffisants, confiance dans l'avenir).

Les démarches QVT ne sont jamais très loin des démarches participatives.

### Voilà ce que dit la Haute autorité de santé sur la question :

*« Opter pour une démarche QVT est l'occasion de redéfinir les interactions entre les exigences du marché, les contraintes d'organisation et les trajectoires professionnelles ».*

C'est aussi un enjeu de renouvellement des méthodes et objets du dialogue social ; le travail et l'emploi ne peuvent pas être déconnectés l'un de l'autre, les divers objets de concertation (conciliation des temps, pénibilité, contrat de génération, égalité professionnelle...) ne peuvent plus être traités de manière cloisonnée : ils supposent désormais une cohérence dans les choix d'organisation et une approche intégrée des problèmes. Ce qui implique des espaces de pilotage et de dialogue adaptés sur le travail et son organisation. L'ingénierie de ces espaces doit être définie en amont avec les acteurs-directions, encadrement, représentants des personnels - afin de se mettre d'accord sur :

### ► LES FINALITÉS ENVISAGÉES :

Il convient de clarifier les enjeux et besoins d'intervenir sur certains

espaces existants ou d'en créer de nouveaux et définir quelles sont les finalités visées dans les différents espaces à actionner.

### ► LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ :

Dans cette démarche, il s'agit de mettre à jour des marges de manœuvre individuelles ou collectives qui permettent d'améliorer l'organisation du travail ou le métier et moins de parler de ce qui ne marche pas (même si c'est plus facile). C'est une opportunité pour la hiérarchie de poser systématiquement le principe des résolutions de problème et des prises d'initiatives au niveau directement concerné.

### ► LE FONCTIONNEMENT IDÉAL POUR ENRICHIR LES DÉCISIONS :

Une certaine latitude sera donnée à chacun des espaces quant à ses modalités (animation, objet des réunions, nature des comptes rendus). Ce type de dispositif demande de l'écoute, une prise en compte de ce qui se dit, et de faire un retour sur les questions des salariés. Au-delà, il faut que ces espaces soient clairement positionnés par les directions d'établissements sur les circuits décisionnels. Ils constituent en effet une opportunité pour les cadres dirigeants de redécouvrir les situations réelles de travail. Il est donc indispensable de créer une articulation lisible, partagée et cohérente entre les IRP, les instances décisionnelles (comité de direction et autre comité managérial) et les espaces de discussion, afin non seulement d'éviter tout contournement de leur autorité, et aussi valoriser l'opportunité de source d'information ainsi créée qui pourra faciliter le rôle de ces instances.

### Autrement dit, il s'agit pour les directions de s'appuyer sur le fort ressentiment des agents pour :

→ Contourner les organisations syndicales par un dialogue direct avec les salariés ;

→ Réinventer l'encadrement Dialogue social constitué historiquement autour des CAP, CTE, CHSCT, organisations syndicales qui sont autant de « contrepouvoirs », une expression et une réflexion indépendante de celle de la direction, une reconnaissance

d'intérêts divergents voire antagoniques.

→ Nier la divergence des intérêts pour intégrer les salariés aux stratégies et objectifs mis en œuvre par les directions.

→ Dénier toute pertinence d'un diagnostic qui ne serait pas sorti de l'algorithme de la QVT ; (Enquêtes CHSCT, Inspection CHSCT, Réunion d'équipe, etc...)

→ Obtenir que ne soient débattues que leurs solutions dans les IRP.

Les termes négociations, revendications, rapports de forces sortent de fait du paysage. Toute une culture des relations avec les directions, avec le travail est remodelée.

Il s'agit donc de contrer les menées idéologiques des directions, au travers des officines qui diffusent au quotidien les principes directeurs des critères de gestion du MEDEF et de la finance. Ces officines, ce sont la Haute autorité de santé (HAS) et leurs supplétifs que sont les services qualité, l'ANAP, l'ATIH, etc...

Les services qualité deviennent de véritables supplétifs de l'HAS et de l'ANAP. Ce sont les services qualité qui font ce qu'on appelle l'ingénierie d'organisation (mutualisation/effectifs cibles, etc.). Dès cette année, le compte commun qualité doit être mis en place dans tous les GHT. C'est-à-dire que la « qualité » va être directement pilotée par les établissements supports pour imposer ses normes organisationnelles à tous les établissements.

La question de la « mobilité » voire du déclassement professionnel comme on l'a vu hier, risque fort de se poser en grand.

Si on reprend l'exemple d'hier, il s'agit pour les deux collectifs de travail (le service d'origine et le service d'accueil), d'identifier les véritables besoins en termes de professionnels qualifiés, porteurs de compétences professionnelles puis d'agir avec les moyens qui restent à disposition.

Libérer le travail, c'est donc, à mon sens, identifier quelles sont les conditions concrètes dans lesquelles évoluent le travailleur et le collectif de travail.

Pas un collectif idéalisé mais un collectif concret, celui qui concourt

à la réalisation d'une tâche ou de l'œuvre.

C'est aider à la prise de conscience que sont les conditions matérielles d'emploi et de travail qui déterminent l'organisation, et donc la réalisation du travail.

### **De quoi parle-t-on quand on évoque les conditions d'emploi :**

- ✓ Egalité homme/femme
- ✓ Horaires de travail et rythmes de travail
- ✓ Temps de travail
- ✓ Qualification
- ✓ Rémunération
- ✓ Type de contrat (Titulaire/CDD/CDI)
- ✓ La possibilité ou non de formation qualifiante
- ✓ Les évolutions de carrière

#### **Collectif de travail**

- ✓ Temps de pause
- ✓ Temps d'échange institutionnel
- ✓ Coactivité
- ✓ Objet du travail

#### **L'organisation du travail**

- ✓ Les effectifs
- ✓ Les plannings et roulements
- ✓ Les procédures
- ✓ Les outils de travail
- ✓ Les locaux de travail
- ✓ La formation continue.

#### **Management et choix stratégiques**

Libérer le travail, c'est aussi relativiser le rôle managérial, le démystifier, mettre des actions sur des mots.

On entend souvent les termes «management délétère» qui seraient à la source des problèmes. On parle aussi de harcèlement.

Mais qu'entend-t-on par-là ? Le mauvais comportement du chef ? Le copinage ? L'organisation ? Quelle organisation ?

Ou bien parle-t-on de «Team Working» ou de lean, qui sont des modèles managériaux cherchant l'un et l'autre à augmenter la productivité, par l'intégration des personnels de leurs représentants, en les enfermant dans des non choix.

#### **Exemple du Team working.**

Ou alors, parle-t-on des choix stratégiques qui sont opérés par l'ARS

et mis en œuvre par des directions plus ou moins zélées ?

### **Parle-t-on de loyauté/déloyauté et envers qui ? Du cadre envers ses équipiers ? D'une direction envers les représentants du personnel ? De comportements déloyaux entre pairs ?**

On mesure qu'il convient de bien identifier les problématiques et de les hiérarchiser pour qu'elles puissent se connecter à une trajectoire d'amélioration.

N'a-t-on pas intérêt à identifier ce qui relèverait de mode de régulation entre les coéquipiers et ce qui relève du système de domination des travailleurs ?

### **Parle-t-on de la place du travailleur, du collectif de travail simple exécutant ou créateur ?**

Cela renvoie aux choix stratégiques et aux conflits étiques. Je dois loyauté à mon employeur mais ce devoir entre en conflit avec mes valeurs lorsque les choix stratégiques opérés sont contraires à l'idée que je me fais de mon métier, de ses finalités.

### **Libérer le travail par de nouveaux critères de gestion des politiques publiques**

Libérer le travail, ce serait alors aussi combattre les choix stratégiques et proposer des alternatives aux restructurations (fusions, mutualisations, externalisations, fermetures de lits, etc.)

Libérer le travail, ce serait alors mobiliser pour peser sur les choix opérés en termes de finalités, des missions. Quelle psychiatrie ? Une psychiatrie au service des intérêts pharmaceutiques ou au service des patients et de leur famille ? Une psychiatrie vouée au contrôle social ou une psychiatrie humaine.

Une psychiatrie au service d'intérêts de quelques cliniques privées ou au service de l'intérêt général ?

Une psychiatrie qui adopte définitivement le modèle organisationnel du MCO, et les critères de gestion qui lui ont été imposés (cours, moyens, longs séjours et parcours de soins, T2A, EPRD, et ses batteries d'indicateurs financiers?) font du patient un instrument de la marchandisation du soin et de la protection sociale. Ces critères de gestion sont destinés

à rayer de la carte l'Hôpital psychiatrique, avalé par les GHT à plus ou moins court terme, ou bien à de nouveaux critères de gestion sociaux, environnementaux guide l'action publique.

Pour ne prendre qu'un exemple.

### **Quelle est la finalité de l'hôpital psychiatrique**

(pris dans son ensemble) aujourd'hui quant on considère que des patients chroniques sont des inadéquats voire des doubles inadéquats, comme je l'ai entendu à de nombreuses reprises; quelles sont les missions de ce même hôpital quand il s'agit de fermer des lits et pousser dehors des patients vieillissants (+ de 60 ans) pour les placer dans une autre institution (EHPAD) qui n'a absolument pas les moyens de leur prise en charge ? le tout justifié au nom de l'idéal qui consiste à ne pas enfermer un patient toute sa vie.

**Libérer le travail**, n'est-ce pas poser les finalités du service public hospitalier, aujourd'hui entièrement tournées vers le transfert au capital privé de la partie la plus importante et la plus lucrative de la production de soins, rendre lucratif ce qui ne l'est pas encore, privatiser la solvabilité des soins rendus possibles par la Sécurité sociale ?

### **Parce que c'est cela qui produit :**

- ✓ La fermeture des lits
- ✓ Les concentrations d'établissements
- ✓ Les réductions d'effectifs
- ✓ La recherche de gains de productivité par la fourniture de travail gratuit notamment.

Quels pourraient être les critères de mesure, d'appréciation de l'efficacité des établissements du service public de santé ? Qui devraient être le ou les garants de cette efficacité? Quelle devrait être la place du travail des agents hospitaliers dans l'appréciation de ces critères de gestion ?

Libérer le travail pour se le réapproprier, n'est-ce pas poser collectivement cet ensemble de question, les critiquer collectivement pour changer la donne?

### **Libérer le travail pour se le réapproprier, ne serait-ce pas obtenir un plan d'urgence pour le service public de 5 milliards d'Euros, pas dans 1 an, maintenant, en 2018, avec :**

- ✓ L'embauche de 100 000 infirmières ou ASD

- ✓ La titularisation de tous les précaires
- ✓ L'embauche immédiate de 25 000 personnes en EHPAD en inscrivant celles qui ne sont pas diplômées dans un cursus de formation.
- ✓ Un plan de formation sur 3 ans spécifiques aux ASH titularisées (aux soins)
- ✓ L'ouverture de sessions extraordinaires de formation IFSI et IFAS
- ✓ En mettant fin aux restructurations inscrites dans les plans de déploiement des GHT
- ✓ En rouvrant des lits et des services, notamment des sites d'urgences de proximité publics, notamment en proximité.
- ✓ En ouvrant dans chaque bassin de vie, un centre de santé. Pas une maison de santé.

### **Libérer le travail ne serait-ce pas dans ce cadre libérer de la finance dès maintenant en :**

- Supprimant la CSG
- En instituant dès maintenant une augmentation de la cotisation Assurance maladie de 0,5 point
- En mobilisant une partie des 30 milliards d'euros créés chaque mois pour alimenter un fonds de financement solidaire et écologique des services publics. Cet argent est actuellement utilisé pour alimenter les marchés financiers.

**Mme Buzin nous rends ZIN ZIN**  
**Les patients sont à la rue,**  
**les personnels n'en peuvent plus.**  
**Des moyens pour la psy !**



# Liberté professionnelle redonner du sens à notre travail

Témoignage rapporteur : Sylvie DANIEL, AMP, CNP.

La majeure partie des interventions traite du CHSCT. C'est un point de fixation pour la défense des personnels, c'est d'autant plus important qu'aujourd'hui il peut être menacé de disparition.

Beaucoup d'interventions ont concerné les conditions de travail, les injonctions qui entraînent souffrance et sentiment de ne pas pouvoir travailler correctement.

Des questions se sont posées autour des cellules RPS (Risques psychosociaux), sur la pertinence de faire des feuilles d'événements indésirables ou des dangers graves et imminents. Il est important d'intervenir dans tous les espaces où nous pouvons affirmer les valeurs de la CGT, utiliser les instances pour dénoncer toutes situations anormales, ou encore demander des expertises pour mettre à jour les problèmes.

Des situations de manque d'effectifs imposent des changements d'affectation, des mobilités qui s'assimilent à de la polyvalence. Ce phénomène inquiète plus encore avec les GHT qui induiront des passages entre la psychiatrie et la MCO.

La notion d'individualisme prend la place du collectif ; or, pour résister, il faut savoir dire non en groupe. Toutes les initiatives, même petites sont importantes. Le contre-pouvoir passe par la base. Il faut faire remonter les problèmes pour mieux les combattre. Des exemples sur les grèves et combats menés sont encourageants.

La question des diplômes et des dépassements et glissements de tâches ainsi que la reconnaissance

des métiers moins courants (ex. Art-thérapeute) et l'adéquation des rémunérations a également été évoquée

## Il est important de garder à l'esprit les orientations de la CGT.

- Organiser et inciter à des formations syndicales pour défendre nos libertés au travail.

- Utiliser nos connaissances et les textes pour se défendre et imposer notre vision du soin et du travail (décret de l'infirmière par exemple).

- Informer, notamment sur les pratiques en psychiatrie et dénoncer les propagandes auprès de la population mais aussi auprès de nos collègues qui doivent se défendre. (Formations d'accueil syndicales, journaux d'informations).

- Reprendre l'éducation populaire. Nous devons affirmer nos valeurs et dénoncer les agissements des gouvernements qui gèrent aujourd'hui les hôpitaux comme des entreprises. On assiste à des techniques managériales avec beaucoup de sollicitations pour des

réunions. Attention à ne pas s'y laisser noyer. Pour se défendre, il faut être en situation de réflexion : attention aux protocoles qui nous empêchent de penser et nous contraignent à obéir à tout. « **Résister c'est créer, créer c'est résister** » : la CGT doit être force de propositions en tant que syndicat.

Il faut garder à l'esprit que toute « initiative » des directions répond à des injonctions administratives qui ne doivent pas être nos considérants, à nous, soignants. Le discours gestionnaire est un discours capitaliste. Il faut y résister pour défendre les valeurs du service public et médiatiser si besoin les situations. On constate de plus en plus de départs de personnels qui ne supportent plus les conditions de travail et d'exercice de nos professions et aussi des incitations au départ de la part des directions, qui préfèrent un personnel docile.

Construisons contre la casse qui s'impose. Il faut continuer à dénoncer les situations dans les hôpitaux psy et soutenir toute initiative allant dans ce sens (position des CME : on commence à voir le corps médical se mobiliser pour résister).



# Ensemble, tout est possible !

**Nos rencontres nationales de la psychiatrie s'achèvent. Le temps est venu de faire le bilan de nos Rencontres nationales de la psychiatrie au cours desquelles, nous avons pu nous ressourcer par différents débats et échanges avec différents intervenants.**

**Ces réflexions vont nourrir les travaux de la CNP.**

Au cours des derniers mois, le nombre des régions siégeant à la CNP n'a cessé d'augmenter. La CNP s'appuie sur le travail des CRP, elle se réunit 5 fois par an sur une journée et demie et n'a pas de permanent. Dans ce temps, il faut intégrer l'actualité et les particularités de chaque région, produire des documents consensuels et proposer des actions répondant aux attentes de tous.

Alors, dans la continuité du 26, oui nous avons la volonté d'initier une action, je vous en ai parlé en introduction, oui nous aurions voulu la faire au printemps, or il y a eu nos rencontres et la superposition des appels, la nécessité de rester lisible pour les camarades, bref beaucoup de paramètres...

Par ailleurs, il est vrai que nous avons été à nouveau contraints de faire le constat d'une aggravation terrible de la situation de la psychiatrie.

Nos différents intervenants sont revenus sur ce constat le plus souvent sous l'angle professionnel mais aussi à de nombreuses reprises et en lui donnant toute sa dimension socio/politique. Au nom de la CNP, je les remercie pour la qualité de leurs interventions.

Je tiens aussi à vous remercier toutes et tous pour votre implication dans les

différents ateliers, les retours que nous avons faits ce matin feront l'objet d'une restitution écrite.

Alors comment résister, comment s'opposer, comment lutter ? Et bien au terme de ces journées, la CNP sort renforcée et confortée dans ses orientations.

Cela se traduit par un travail de fond en direction des syndicats mais aussi des structures fédérales et en l'occurrence pour les semaines à venir, de vous faire un retour le plus constructif possible de ces rencontres.

Cela se traduira aussi par une proposition d'action spécifique à la psychiatrie dont nous devons déterminer la forme et la caler dans un agenda social qui s'annonce chargé. Cependant, nous nous nourrirons aussi de vos initiatives...

Notre but étant de créer les conditions, en élargissant le débat et en tissant des liens, pour pouvoir initier une large réflexion citoyenne dans le cadre d'états généraux afin de peser pour une réorientation plus humaniste de la psychiatrie et de notre société.

Alors c'est vrai, la situation n'est pas très favorable et le fond de l'air n'est pas rouge comme on l'a entendu. Tout de même, j'ai ressenti de multiples lueurs d'espoir dans les échanges.

**Et quelle manif camarades ! La «Psy» unie derrière une banderole et sous des entonnoirs, ça faisait longtemps !!**

**Quelles solutions ?** Au cours de ces rencontres, nous sommes passés des micro-solutions aux propositions de blocage administratif. Toutes les solutions sont bonnes lorsqu'elles sont portées par la base et syndicalement balisées.

Toutes nos luttes laissent des traces, certes peu visibles sur le coup malgré

tout, cela ancre nos revendications. Effectivement, nous n'avons pas pu inverser pour l'instant la tendance ; il apparaît néanmoins évident que les revendications que nous portons seuls depuis des mois, des années, sont de plus en plus partagées grâce à nos luttes et à notre opiniâtreté.

Des solutions, il y en a, et nous allons les trouver. Cependant, il me semble important de ne pas oublier que **notre seule force, c'est nous**, notre capacité de mise en commun, notre désir de comprendre et notre volonté d'avancer.

Le collectif est la seule réponse face à ce rouleau compresseur, qui plus est, lorsque cela se traduit par des attaques individuelles.

Vous pouvez donc compter sur la CNP pour jouer son rôle d'appui fédéral, pour porter au sein de la Fédération les revendications spécifiques à la psychiatrie grâce à votre travail, parmi lesquels, on retrouve évidemment :

→ La défense d'un grand service public de psychiatrie, répondant aux besoins des citoyens et ancré sur les valeurs solidaires de la Sécurité sociale.

→ L'arrêt de la politique d'austérité qui détruit nos conditions de travail.

→ Une formation répondant à la spécificité de nos prises en charge.

Et tout cela car c'est l'essentiel pour offrir une réponse digne, humaniste, créative, vivante à la souffrance de nos patients qui, eux, ne peuvent pas se défendre.

**Voilà ensemble  
tout est possible,  
merci encore à vous.**

Mercredi

21 mars 2018

8h/10h

10 h

## Accueil - Inscription aux ateliers

Introduction par la Secrétaire générale, de la Fédération Santé et action sociale CGT, Mireille STIVALA

10h30

## Conférence - Débat

Stéphane Barbas Pédoopsychiatre : « Reprendre ensemble l'initiative des soins »,

12h30

## Déjeuner self

14 h

## Conférence - Débat

Sophie TUKRIELLE, infirmière, chercheuse « Le temps informel » ;  
Camille LEMMA, auteure de « Alors on fait comment pour les clés ». Débat autour des pratiques de soins, de la créativité dans le soin.

16h

## Pause

16h30/18h

Prolongement du débat autour des pratiques de soins et de leur évolution  
Mathieu BELLAHSEN, auteur du livre « La santé mentale vers un bonheur sous contrôle ».

Jeudi

22 mars 2018

8h

9h/9h30

Acc



Présentation CEMEA, orientation vers les ateliers

9h30/11h30



- o Atelier 1 Quelle place pour la psychiatrie dans le système de santé Patio G. Séguy
- o Atelier 2 Isolement, contention, besoins de sécurité mais pas tout sécuritaire. Quel sens donner aux soins ? Salle 6 - Noyau B - RB
- o Atelier 3 L'équipe pluridisciplinaire, notion de réseau et de secteur A1 Grande Noyau A - au 1<sup>er</sup>
- o Atelier 4 Liberté professionnelle : redonner du sens à notre travail Salle 10 - Noyau C - RB

12h

13h00/16h30

## Déjeuner

Tous à la manif pour la défense du service public

17h/18h30

## Conférence-débat

Roland GORI, psychanalyste et professeur émérite de psychologie et de psychopathologie à l'Université d'Aix-Marseille

## Buffet

19h

20 h 30

Soirée : Projection « 12 Jours », le film de Raymond DEPARDON et débat avec de nombreux invités.



Vendredi

23 mars 2018

9h/10h45

10h45

11h/12h30

## Intervention du Secrétaire général de la CGT, Philippe MARTINEZ

Restitution des ateliers, débats

Distribution du sac déjeuner

Soigner autrement c'est possible. La psychiatrie une mosaïque de richesses et de créativité, mais aussi un espace de culture.

- Atelier théâtre (Strasbourg)

- CNASM Lorquin

12h30/13h30

## Conclusions