



Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2014 - n°94
Septembre 2014

Suites des 14^{ÈMES} RENCONTRES NATIONALES DE PSYCHIATRIE 2014

RÉFLÉCHIR, AGIR ET SE MOBILISER POUR UNE PSYCHIATRIE HUMANISTE !

Depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois, un nombre important de salarié-e-s, de syndiqué-e-s et de syndicats sont mobilisés autour des budgets insuffisants, des retours à l'équilibre entraînant des restructurations qui déshumanisent l'hôpital public.

Les personnels font les frais de cette situation : suppressions de postes, fin de contrat, acquis locaux de la réduction du temps de travail revus à la baisse, etc. Les établissements de psychiatrie sont évidemment touchés avec une violence institutionnelle décrédibilisant le droit à revendiquer.

La criminalisation de l'activité syndicale, la remise en cause du droit de grève - jusqu'à traîner les élu-e-s du personnel devant les tribunaux - sont devenues un mode de régulation du dialogue social.

Et que dire de nos gouvernants lorsqu'ils installent et poursuivent les méfaits de la loi HPST ? La loi santé en préparation ne remet en rien l'humain au cœur des dispositifs. Pire, les propositions du MEDEF qui découlent des exigences du grand capital sont loin d'être mises à mal puisque le gouvernement semble privilégier ses relations avec le grand patronat.

Pour les malades, les usagers et leurs familles, rien ne serait plus terrible que de se résigner. Les professionnel-le-s ont des exigences, et c'est tant mieux, car tout le monde semble être d'accord sur le constat.

Nous avons besoin de valoriser les luttes et d'analyser comment nous les appréhendons, comment elles sont porteuses d'autres solutions en faisant vivre et connaître nos positions. Ce climat de lutte et de revendication est précieux pour faire grandir le rapport de force, mais aussi pour renforcer la CGT en proposant l'adhésion et pour gagner les futures élections professionnelles dans le public comme dans le privé.

Pour cela, il nous faut mettre partout en débat nos exigences et nos propositions revendicatives qui remettent l'humain au centre, en nous référant notamment au document « 5 exigences, 12 propositions » édité par la Fédération, courant mai dernier. Nos revendications sont aux antipodes de ceux qui portent des solutions individuelles appauvrissant les acquis collectifs.

Un grand service public de la santé et de l'action sociale doit devenir le socle permettant de construire les initiatives et entraînant la mobilisation des syndiqué-e-s et des salarié-e-s.

Mobilisons-nous nombreux lors du vote du PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) en octobre prochain, dans un mouvement d'ampleur via notre grande campagne « + d'argent pour la Sécu ! » pour enfin répondre aux besoins de la population !

SPECIAL
PSYCHIATRIE

Fédération de la Santé et de l'Action Sociale

263, rue de Paris • Case 538 • 93515 Montreuil Cedex • Tél. : 01 55 82 87 70 • Site internet : www.sante.cgt.fr • E-mail : com@sante.cgt.fr

Premier jet de réflexions de la CGT sur les 14^{èmes} RENCONTRES DE LA PSYCHIATRIE

Stéphane BARBASSE,
Psychiatre, membre de la Commission Nationale de Psychiatrie.

Il nous est impossible de revenir sur tous les points abordés lors de ces journées.

Concentrons-nous dans un premier temps sur ce qui était l'axe central : la discussion sur une grande loi pour la psychiatrie.

Nos grands témoins, notamment Serge PORTELLI et Guy BAILLON nous ont interpellés sur l'opportunité d'une telle loi : Serge PORTELLI, en particulier, a voulu nous mettre en garde contre les illusions d'un tel projet qu'il a mis en parallèle avec l'attente d'une grande loi pour la justice et les déconvenues qui avaient suivies. Le risque est d'aboutir à une coquille vide.

Il y a des leçons à tirer de ces expériences et la revendication d'une GRANDE loi pour la psychiatrie ne doit pas devenir un slogan creux.

Il serait utile d'échanger sur ces interrogations qui nous sont renvoyées plus que nous ne l'avons fait.

Il faut faire une distinction entre les critiques de nos interlocuteurs que nous avons à entendre et sans doute à prendre en compte et le refus de principe de discuter une telle loi par le gouvernement et ceux qui veulent dissoudre la psychiatrie dans la loi HPST (Hôpital Patient Santé et Territoire). Certains pensaient se contenter d'un simple paragraphe dans la nouvelle loi sur la santé, mais le discours de Madame la Ministre Marisol TOURAINE du 19 juin n'en donne aucune certitude.

Le débat reste donc ouvert.

La question d'une loi d'orientation se pose pour redéfinir le cadre du secteur comme la base de l'organisation de la psychiatrie. Il ne s'agit pas seulement de réécrire la loi de 2011 sur les hospitalisations contraintes. Le relooking de la mission « Robillard » montre avec un peu de recul que rien n'a été changé en pratique par rapport au texte initial.

Nous pensons qu'une loi sur la psychiatrie ne devrait pas être le cadre préalable pour discuter les hospitalisations sous contraintes. En effet, une loi spécifique à la psychiatrie comporte toujours le risque de faire une loi d'exception pour les malades mentaux et pour la folie. C'est la philosophie même du secteur et c'est le fond de la critique à l'époque de la loi de 1838. Il s'agissait au contraire de faire entrer la folie dans le droit commun.

Une loi sur la psychiatrie ne devait pas être centrée sur une population désignée a priori, mais une loi portant avant tout sur les missions de la psychiatrie publique et les moyens à lui garantir. La revendication d'une loi pour la psychiatrie est celle d'une organisation propre à la psychiatrie (le secteur) avec des moyens fléchés et évalués en fonction des besoins. En d'autres termes, en matière de folie, passer du « gouvernement des hommes à l'administration des choses » (Sic !)

Dans le meilleur des cas, la prise en charge des malades est détournée vers le secteur médico-social du fait de manque de moyens en psychiatrie ; une loi sur la psychiatrie doit définir clairement les liens avec le secteur médico-social, d'autant plus que la loi de 2005 sur les droits des personnes handicapées tend souvent à devenir pratiquement une loi pour la psychiatrie, tellement elle gère en pratique une part essentielle de l'aide aux malades mentaux, y compris sur le plan institutionnel et souvent par défaut d'institutions psychiatriques. N'est-ce pas une dérive de la notion contestée de handicap psychique introduite par cette loi ? Sans nier le bénéfice que les intéressés ont à en tirer du point de vue de leurs droits, le handicap psychique n'est-il pas devenu la forme administrative de la folie ?

En tout état de cause, on ne peut discuter d'une loi sur la psychiatrie sans mettre en question la place prise par ce secteur mais aussi par le social et le judiciaire.

Ceci rend indispensable d'adosser notre réflexion sur notre objectif d'un grand service de la santé et de l'action sociale dans lequel chacun ne cherchera pas uniquement à tirer la couverture à lui, mais valorisera un partenariat indispensable.

En lien avec ces questions, il y aurait aussi lieu de réfléchir à la place prise par le milieu associatif qui, malgré ses difficultés, gère avec des moyens non négligeables, l'essentiel du médico-social. Ouvrir ce débat oblige à aiguïser nos propositions car on ne peut pas substituer du jour au lendemain au secteur associatif le grand service public dont nous rêvons et qui n'est pas celui, loin s'en faut, que nous connaissons aujourd'hui.

Voici les questions qui me sont venues dans un premier temps, inspirées par nos échanges lors des rencontres.





"LE SECTEUR N'EST PAS LE TERRITOIRE"

Au-delà de la référence à KORZYBSKI, mon titre souligne la nécessité de lever certains malentendus sur la notion de secteur tel que nous l'entendons en psychiatrie.

En lisant l'intervention de Marisol TOURAINE du 19 juin dernier qui présentait le projet de loi de santé, j'ai été, comme beaucoup, alerté par la référence explicite à la psychiatrie comme modèle d'organisation du système de santé. L'idée est intéressante, n'a-t-on pas, à la CGT, préconisé depuis longtemps, de prendre la sectorisation psychiatrique comme exemple pour l'organisation de la santé publique ? L'idée est pour le moins surprenante alors qu'avec la politique des pôles, le financement par la T2A et la loi HPST, c'était un modèle MCO technocratique qui tendait à s'imposer, y compris à la psychiatrie et malgré ses résistances, notamment en matière de financement.

Alors, s'agit-il sinon d'une révolution, du moins d'une remise en question de la loi HPST ? La suite du discours nous ramène à la réalité. Bien au contraire, la référence au secteur sert ni plus ni moins à créditer le bien-fondé de la territorialisation qui est l'ossature de la loi HPST.

Madame Marisol TOURAINE semble ignorer les remarques pourtant justes du rapport ROBILIARD qui pointait l'incompatibilité de la loi HPST avec la sectorisation. La conception du territoire dans la loi HPST est démesurément étendue, son but principal est de gérer et de mutualiser les moyens.

La taille de ce territoire est incompatible avec celle de la coordination des moyens de prévention, de soins et de suivi par une seule équipe, comme est défini le secteur. La psychiatrie de secteur suppose une polyvalence de l'équipe, alors que le territoire de santé dont on nous parle aujourd'hui vise à une spécialisation.

Il ne s'agit pas de refuser des réponses plus spécifiques en psychiatrie concernant telle ou telle population comme l'a montré l'intérêt des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Mais en aucun cas, cette spécialisation ne doit *a priori* être basée sur des pathologies spécifiques dans une logique de parcours de soins. Dans la logique de secteur, le suivi n'est pas centré sur une pathologie mais sur une personne dans son environnement relationnel et social.

Assimiler le secteur au territoire de santé, même en faisant une subdivision est un piège qui condamne à terme la psychiatrie de secteur en l'intégrant dans une logique sanitaire antinomique.

Mais n'est-ce pas l'évolution de la politique de secteur qui autorise une telle dérive ? De fait, pour

le ministère, les ARS, les directeurs d'hôpitaux et aussi pour beaucoup de psychiatres, le secteur n'est-il pas essentiellement un territoire administratif ? Loin de faciliter l'accès aux soins, le prétexte de la sectorisation peut être la justification administrative pour refuser d'accueillir les patients qui n'habitent pas au bon endroit.

Je n'évoque même pas ici la conception quasi éthologique que certains psychiatres ont pu avoir de leur secteur.

Dans les journées de travail de la commission nationale de psychiatrie de la CGT à COARAZE en 2012, j'avais avancé que la dimension temporelle apparaissait aussi importante à prendre en compte que l'aspect spatial dans la conception du secteur.

La facilité (ou la difficulté) de l'accès aux soins, les délais d'attente, l'espacement des rendez-vous ou la réduction forcée des délais d'hospitalisation sont des critères essentiels de la qualité des soins fortement impactés par le manque de moyens.

La référence prévalent au territoire est sans doute la persistance de la tendance à toujours privilégier le lieu par rapport au lien. Les équipes de secteur ont surtout pour cela besoin de temps.

Ma crainte serait que la référence au secteur serve aujourd'hui à justifier une territorialisation par la loi HPST à laquelle la psychiatrie est résistante. N'a-t-on pas emprunté, en son temps, les mots d'ordre de la désinstitutionalisation pour justifier les suppressions de lits sans alternatives ?

N'est-ce pas le génie du libéralisme d'assimiler les utopies au service de ses propres fins ? Le secteur est certainement une utopie mais peut être aussi une uchronie, une autre manière de dire que ses pionniers étaient en avance sur leur temps.

On ne peut certes pas boudier le fait que la référence au secteur figure dans un discours ministériel, cela faisait longtemps ! Mais pour autant, son adossement explicite à la loi HPST ne peut que nous inquiéter, d'autant plus que le discours de Marisol TOURAINE donne bien peu d'éléments concrets sur les orientations pour la psychiatrie si on ne veut pas se contenter des bonnes intentions de principe.

Nous ne pouvons pas être séduits par un simple clin d'œil et encore moins prendre une tentative de séduction pour une déclaration d'amour.

Stéphane BARBASSE,
Psychiatre, membre de la Commission Nationale de Psychiatrie.

DÉFINITION ? QUEL AVENIR ? QUELS ENJEUX ?

Tout d'abord, faisons un rappel sur la politique de secteur :

LA POLITIQUE DE SECTEUR

Historique :

La Psychiatrie de secteur ou sectorisation en psychiatrie désigne l'organisation administrative gérant la maladie mentale et la répartition des structures de soins en santé mentale.

A l'époque, ce système représentait une refonte du système de soins en psychiatrie.

Elle était considérée comme une révolution en regard de l'asile du XIX^e siècle où le principe était hospitalo-centriste.

La Politique de psychiatrie de secteur a permis de développer la prise en charge des patients psychiatriques « Hors les Murs ».

Pour des raisons conceptuelles et conjoncturelles (via la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle), l'hôpital devient sur la base de 2 décrets (en 1960 et 1970), un des éléments de l'institution psychiatrique.

Il sera désormais inclus des structures « hors les murs », au sein des villes proches des populations. C'est un système en réseau pour éviter le problème de chronicisation des patients dans les hôpitaux.

La Politique de sectorisation a permis de rapprocher le patient psychiatrique de la cité et des siens.

La Psychothérapie institutionnelle faisait de l'Hôpital un réel lieu de soins, avec Ph. PANNELLE et S. LEOVICI qui ont ouvert dès 1958, les premiers dispensaires (pionniers des CMP) dans le XIII^e arrondissement de Paris : prélude du secteur.

Modalités et fonctionnement :

Officialisé par la circulaire du 15 mars 1960, le secteur définit un territoire d'environ 60 000 habitants avec un service intra-hospitalier et des structures extra-hospitalières, ce qui permettra d'assurer une continuité thérapeutique.

La circulaire de 1972 finalisera la sectorisation et mettra les CMP comme structures pivots d'un véritable service public de psychiatrie.

La Politique de secteur a permis les soins aux malades mentaux sur la base où l'exclusion est remplacée par un équilibre entre les exigences de la santé mentale, une collectivité et la nécessité d'insertion sociale des malades de cette collectivité.

LE DEVENIR DU SECTEUR DANS LES TERRITOIRES

Les Attaques :

Depuis environ une quinzaine d'années, les politiques libérales de notre pays ont appauvri la politique de sectorisation et la Psychiatrie en France, et ce, par :

- la disparition de l'internat en psychiatrie pour les médecins,
- la disparition de la formation spécifique des infirmiers en psychiatrie (à l'heure actuelle, la formation en LMD montre un manque important en psychiatrie).

Les budgets des Hôpitaux Psychiatriques n'ont cessé de baisser, étranglant les établissements.

Les fermetures de lits n'ont pas permis de renforcer les moyens pour les structures extra-hospitalières.

La loi HPST (Hôpital-Patient-Santé-Territoire) n'a fait qu'aggraver l'état des lieux en fusionnant les secteurs et les inters-secteurs, pour mettre en place des Pôles (zones géographiques plus vastes avec une population plus importante).

L'effet principal de cette loi a permis de faire des économies par la fermeture de lits et de structures extra-hospitalières, mettant en péril la population en l'éloignant des structures de soins, et avec des délais d'attente de prise en charge de plus en plus importants.

UN AVENIR : le Rapport ROBILIARD :

C'est le énième rapport sur la Psychiatrie en sachant que de 2000 à 2009, il y en a eu 14.

Ce dernier rapport a le mérite de faire un constat d'échec des différentes politiques sur la Psychiatrie en reconnaissant :

- un manque de formation des élèves infirmiers sur la psychiatrie.
- la légitimité de la psychiatrie dans les centres pénitentiaires.

Il faut se servir de ce rapport pour défendre en rénovant la politique de secteur en sachant que :

- La psychiatrie ne s'envisage que dans la rencontre avec une personne reçue dans sa globalité, c'est-à-dire en intégrant plusieurs dimensions indissociables (son corps, sa vie psychique, sa vie relationnelle avec ses liens aux autres).
- Le soin au long cours puisse s'engager, c'est-à-dire que pour instaurer « une continuité des soins » pour un patient, il faut d'abord créer un climat de

confiance, un lien suffisamment solide entre le patient et 2 ou 3 soignants, toujours les mêmes pour ne pas le dépayser.

- ❖ La politique de secteur doit se faire en réseau (médecins libéraux, structures sociales et médico-sociales).
- ❖ Ce travail en réseau ne peut se faire qu'avec des moyens suffisants en personnel et non pas au rabais comme à l'heure actuelle, sans mettre en rivalités différents acteurs, mais plutôt un travail en complémentarité.

CONCLUSION

Alors que la paupérisation en France s'aggrave, que les conditions de travail et la non-reconnaissance (*burn out*) augmentent, l'accès aux soins psychiatriques diminue. Devons-nous, en tant que professionnels en psychiatrie sociale et médico-sociale, renoncer à ces valeurs humanistes de la psychiatrie et valider ces politiques comptables au détriment de l'Humain ?

Patrick RAPPART,
Infirmier de secteur psychiatrie,
Membre de la Commission Nationale de Psychiatrie.

SYNTHESE de l'ATELIER n°1 SUR LE SECTEUR

- ▶ Une quarantaine de personnes ont participé à cet atelier (Infirmiers, éducateurs, AMP, psychologues, aides-soignantes), ce qui a permis une fluidité de la parole.
- ▶ Pour le Dr BAILLON, la notion de handicap psychique survenue en 2005 est un malentendu, voire une ineptie. Le patient psychiatrique n'est pas un handicapé, mais une personne en position de handicap (avec traitement) et cela a des conséquences sur ses relations avec les autres.
- ▶ La majorité des intervenants relèvent :
 - ❖ Leurs difficultés pour pratiquer correctement leur travail.
 - ❖ Un délai d'attente très long pouvant aller jusqu'à 8 mois pour un premier rendez-vous au CMP.
 - ❖ Les temps d'hospitalisation sont de plus en plus courts, ne permettant pas de faire sortir le patient dans de bonnes conditions avec un relais adéquat au niveau de l'extra-hospitalier.
 - ❖ La loi HPST a lourdement pénalisé la sectorisation (fermetures des structures, manque de moyens en personnels).
 - ❖ Il faut faire attention à ne pas cliver la psychiatrie et le médico-social. Le rapport « Couty » spécifie que la psychiatrie doit gérer la crise et laisser la place au médico-social et social pour la continuité de la prise en charge (quotidien, réinsertion) ce qui entraîne des structures médico-sociales et sociales submergées par les patients psychiatriques et ayant beaucoup de difficultés pour fonctionner avec les équipes de secteur et les psychiatries. Ces deux entités pourraient et devraient travailler en lien étroit, mais pas sans moyens.
 - ❖ Un des problèmes majeurs est le manque d'engagement des psychiatres dans la politique de secteur et dans la psychiatrie publique.
- ▶ En conclusion : il convient à tout professionnel de se rappeler que son travail principal est basé sur la relation soignant.
 - ❖ Remettre un lien entre le patient et son environnement. Le secteur doit être la continuité des soins vers l'extra.
 - ❖ Permettre l'accès aux soins à toute la population en proposant une offre de soins facilement accessible et avoir une équipe pluridisciplinaire suffisante pour permettre la permanence des soins.

Introduction à l'ATELIER N°2 PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE ET SYNDICALISME C.G.T.

« POUR UNE AUTRE POLITIQUE DU SOIN »

Avant de commencer mon propos, je souhaiterais d'abord énoncer ici que le travail collectif est encore possible, qu'il résulte d'une volonté, d'un désir de travailler autrement, un cheminement entre le singulier et le pluriel où le patient nous amène dans un long voyage.

Aujourd'hui, je vais donc tenter de repérer les liens qui réunissent la Psychothérapie Institutionnelle et la C.G.T., dans leurs Histoires, leurs Évolutions et leurs Devenirs. Partagent-ils une histoire et des valeurs communes ?

Comment le militantisme et l'engagement soignant permettent-ils de construire une clinique du quotidien ? Comment s'élabore la rencontre entre le soignant et le soigné dans le travail thérapeutique ?

François Tosquellas, dans les années 40, lorsqu'il se trouve à Saint-Alban, nous dit : « La Psychothérapie Institutionnelle a deux jambes, la Psychanalyse et le Marxisme, lui couper une jambe la rendrait boiteuse... ». Cette métaphore doit nous aider à réfléchir sur notre travail au quotidien : un engagement politique et une écoute du patient ; initier une clinique syndicale : écouter la souffrance des soignants et les aider à construire une demande, une demande de syndicalisation pour des soins de qualité.

1. Histoire « brève » de la Psychiatrie et naissance de la C.G.T.

La Psychiatrie a traversé les siècles entre tempêtes et accalmies. Il serait trop long aujourd'hui de développer toute son histoire (je choisirai donc quelques points historiques qui me semblent marquants). Comment du « Fou », sommes-nous passés au Sujet Malade ?, Comment la relation et la rencontre avec l'autre en souffrance ont pu modifier nos pratiques professionnelles ?

Ces questions me semblent opérantes pour comprendre le syndicalisme.

La C.G.T. s'est aussi construite comme une réponse à la souffrance des hommes et des femmes, dans le contexte de changements industriels, économiques et politiques, dans des mouvements sociaux et dans la recherche d'un idéal, d'un mieux-être.

Ces deux « organisations » ont pu se rejoindre sur le terrain des luttes, la recherche de la liberté, avec, me semble-t-il, un dénominateur commun : « comment mieux soigner en étant mieux entendu ? », une vraie réforme de nos pratiques de soin en favorisant le penser avant l'agir, en permettant la communication et les échanges entre les personnels et les patients (savoir prêter une oreille pour mieux écouter), combattre l'indifférence. Cette entreprise pourrait se conjuguer avec une réforme de la formation actuelle des personnels soignants, notamment la formation des infirmiers en psychiatrie : la relation

de soin s'apprend dans la rencontre avec le patient. (La formation actuelle dans les Instituts de Formation copie le modèle universitaire : lectures de D.V.D., apprentissages avec Internet...).

L'histoire de la Psychiatrie s'est construite avec la constitution du métier d'infirmier et l'engagement politique de quelques psychiatres.

Voici quelques points historiques qui nous aideront à cheminer à travers le soin en psychiatrie :

-1877 : naissance de l'École d'Infirmiers de l'Asile de la Salpêtrière qui accueille ces premiers élèves (enseignement et pratiques sur une année).

-1895 : naissance de la C.G.T. avec son premier Congrès de Limoges, qui fixe les règles fédérales et développe une organisation (création des premières Bourses du Travail et des Fédérations des Métiers)...

Cette fin de siècle voit l'essor du capitalisme et la création d'un contre-pouvoir : le syndicalisme, c'est aussi un autre regard porté sur la folie avec les théories Freudiennes et le développement de la Psychanalyse...

La Psychiatrie commence à se structurer comme une discipline médicale avec les premières écoles d'infirmiers et le combat de la C.G.T. qui devient le premier syndicat français.

Entre 1880 et 1930, les infirmiers en psychiatrie vont amorcer la conquête et la reconnaissance d'un statut professionnel, ainsi en 1930, l'appellation « Gardiens de Fous » est remplacée par « Infirmiers et Infirmières en Psychiatrie » (Arrêté du 26 Mai 1930), qui confirme un changement avec une formation facultative avec des cours théoriques et des stages en médecine.

-1936, Grève Historique et Guerre d'Espagne, mouvement revendicatif des infirmiers avec dignité nouvelle du personnel : 40 heures de travail hebdomadaire, 21 jours de congés annuels et élections des délégués élus du personnel.

Entre 1944 et 1948, important mouvement de syndicalisation des infirmiers ayant pour objectif l'égalité de qualification et de rémunération dans les hôpitaux sur le modèle des infirmiers en soins généraux.

-1945, des médecins désaliénistes (Bonnafé, Daumézon, Le Guillant, Tosquellas, Oury, Sivadon...) développent la Psychothérapie Institutionnelle théorisée où l'infirmier peut acquérir un rôle propre (premières formations CEMEA). C'est le développement d'une idéologie dans les soins où tout acte de la vie quotidienne est thérapeutique : rencontre de la Psychanalyse et de la Psychiatrie Publique. Au lendemain de la guerre, « Le Groupe de Sèvres » va dénoncer les asiles et la pratique de l'internement : la Psychothérapie Institutionnelle replace le patient dans un réseau relationnel et l'intègre dans la vie de la cité.

Si la Psychothérapie Institutionnelle s'est inspirée du modèle psychanalytique et marxiste, elle a aussi traversé des tensions où la psychanalyse s'est divisée dans son mouvement (scission de 1953 avec J. Lacan) mais la nécessité persiste de travailler avec des concepts psychanalytiques, de transformer et d'adapter le

dispositif soignant en créant une Politique de Secteur (circulaire de Mars 1960), une ouverture des hôpitaux psychiatriques sur l'extérieur, où le Centre Médico-Psychologique devient le pivot de cette nouvelle politique.

En 1978, Franco Basaglia s'engage politiquement sur une nouvelle conception des soins psychiatriques : la Psychiatrie Sociale (loi 180 en Italie qui décide de la fermeture des hôpitaux psychiatriques...). Si cette loi a été en partie un échec (nécessité de maintenir les hôpitaux psychiatriques pour les patients en crise aiguë), elle aura eu le mérite de voir disparaître les grandes concentrations hospitalières au profit de structures de soins basées sur le système de la sectorisation.

Cet aspect militant des thérapeutes institutionnels est aussi celui que l'on retrouve à la C.G.T., où se revendiquent la dignité humaine et la fraternité. Rappelons que la 1^{ère} Journée de la Femme (célébrée le 8 mars 1910 à Copenhague par Clara Zetkin) reste toujours aujourd'hui une date importante pour le syndicalisme.

Finalement, nous nous apercevons que la Psychothérapie Institutionnelle s'est construite sur les mêmes chemins historiques que la C.G.T., avec des avancées et des obstacles, mais où l'humain doit rester toujours au cœur du débat comme une réelle préoccupation.

Aujourd'hui, qu'en est-il de ces deux organisations ?

2. Les Temps Modernes de la Psychothérapie Institutionnelle et de la C.G.T.

Certains soignants « médisants » ou « mal-pensants » prétendent que le concept de Psychothérapie Institutionnelle est dépassé, n'est plus adapté au travail thérapeutique, voire n'existe plus, pourquoi ces allégations ? Question de pouvoir ? D'ignorance ? Il est en tous cas important de réfléchir sur notre pratique permanente, de ne pas oublier le patient et le soignant dans la nébuleuse hospitalière qui nous écrase et nous ronge trop souvent insidieusement, il faut rester vivant, écouter, rencontrer avant de faire prendre le temps. La Psychothérapie Institutionnelle nous rappelle que l'homme malade et le soignant sont d'abord des humains, qu'il existe entre eux une relation de soin où le sujet a toute sa place : le sujet malade n'est pas un simple objet du soin (thérapeutiques et lobbying voulus des laboratoires) ou simplement une évaluation chiffrée (je pense ici à la codification des actes). Les séminaires de Psychothérapie Institutionnelle sont toujours actifs, que ce soit l'AMPI à Marseille avec ses journées en Octobre, les Rencontres de Saint-Alban en Juin, les Journées de Dax ou ceux de La Criée à Reims, il faut que les « vieux résistants », militants, expliquent et transmettent aux jeunes une parole possible, une pratique soignante. La C.G.T. doit aussi s'inscrire dans cette mouvance, cette clinique de la transmission. Ce passage s'inscrit selon moi en favorisant les liens, les échanges et le construire ensemble, trop souvent le copain sur le terrain est isolé, en souffrance face à sa hiérarchie, à son travail quotidien, à une pratique soignante où il ne se reconnaît plus. Il n'est plus entendu, plus écouté, et donc dans l'incapacité d'être dans une réelle relation thérapeutique avec le patient.

Cet individualisme massif que l'on retrouve chez beaucoup de soignants aurait peut-être là une fonction de mécanisme de défense qui se manifeste par une peur de l'avenir et des conditions de travail qui se délitent de jour en jour, où il faut donc se protéger pour essayer de survivre.

Nous pouvons aussi quelquefois entendre un sentiment d'abandon ou de colère : « mais que font les syndicats ? », ce sentiment de ne pas être entendu doit être saisi par la C.G.T. pour construire les revendications, que le syndicat puisse se rendre sur le terrain et que le collectif nous permette de dépasser les nombreux obstacles que nous rencontrons sur le chemin de nos pratiques : ensemble c'est possible.

La Psychiatrie Publique est en crise, sous le poids des contraintes budgétaires, d'une idéologie dominante de type cognitivo-comportementaliste et sécuritaire (la Loi du 05 Juillet 2011 en est un exemple).

La Formation des médecins et des infirmiers n'est plus adaptée au soin psychique. L'organisation des soins répond trop souvent à des procédures, nous oublions trop souvent les processus à l'œuvre dans la relation de soin (transfert et contre-transfert), où le patient n'est plus sujet mais objet du soin, réduit à un comportement, conditionné et médicamenté et le soignant un simple exécutant qui ne peut plus penser mais qui agit.

Nous, syndicalistes CGT et militants, devons rester vigilants à ces attaques, à ces pratiques d'abrasion du symptôme qui réduisent notre travail à l'aspect visible du soin, expliquer que travailler autrement est encore possible, que la solidarité passe aussi par l'accueil et l'acceptation de la pluridisciplinarité, défendre la proximité, la continuité et la gratuité des soins, replacer le Secteur comme dispositif de soin, et où le patient est au centre.

Notre travail est collectif, un travail au long cours, qui nous permet de rester attentif et à l'écoute de la souffrance pour une réelle psychiatrie citoyenne et humaniste.

Psychothérapie Institutionnelle et Syndicalisme CGT convergent donc vers des objectifs communs :

- ❖ Comment sortir de cette souffrance et défendre nos valeurs du soin en psychiatrie ?
- ❖ Comment le militantisme peut-il rassembler et fédérer pour une Psychiatrie Humaniste et Citoyenne ?

Je terminerai mon propos avec ce petit texte de Jacques Hochmann :

« L'Évolution de la Psychiatrie, le progrès dans l'accueil des malades et dans le soutien qui leur est apporté sont historiquement indissociables d'un certain engagement éthique et politique des soignants en Psychiatrie, d'une certaine valeur accordée à la dignité humaine et d'un combat contre ce qui dévalorise l'homme... »

*Christian GROS,
Cadre de Santé, Délégué Commission Psy PACA
et délégué Commission Nationale Psy.*

SYNTHÈSE de l'ATELIER n°2 SUR LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE ET MILITANTE.

Dans le cadre des 14^{èmes} rencontres nationales de psychiatrie de Montreuil (2 et 3 avril 2014), l'atelier n°2 « psychothérapie institutionnelle et syndicalisme CGT pour une autre politique du soin » animé par Christian GROS (cadre infirmier en psychiatrie, coordinateur PACA et membre CNP) et Jacques TOSQUELLAS (psychiatre) a rassemblé 65 personnes. Le débat a été riche dans les prises de parole et les échanges.

Le public était assez hétérogène (ASH, infirmiers, assistants sociaux, secrétaires médicales, psychologues, cadres de santé...). De nombreux témoignages professionnels et expériences de terrain ont illustré cet atelier, en voici quelques thèmes :



- ▶ Le militantisme aide à combattre la souffrance des soignants « redonner du courage, de l'énergie... souffrir pour soigner ».
- ▶ Le militantisme c'est aller vers l'autre, remise en question du savoir. Le militantisme est une spontanéité et non une résignation, un fatalisme, ouverture avec la psychothérapie institutionnelle.
- ▶ Etre soignant c'est être militant (J. TOSQUELLAS).
- ▶ Soigner l'hôpital pour soigner les malades (H.SIMON).
- ▶ La souffrance est-elle une soumission ? Souffrance comme un état (sentiment) ?
- ▶ Prendre soin de son travail.
- ▶ Psychothérapie institutionnelle et souffrance au travail (« question de l'identité » du soignant et la thérapie institutionnelle).
- ▶ Comment sortir de la soumission et de la contrainte ?
- ▶ La psychothérapie institutionnelle permet d'abandonner la contrainte par la construction, la création...
- ▶ Combattre les outils managériaux et l'hyper-construit.
- ▶ Question de la souffrance éthique : désir de soigner/souffrance quotidienne.
- ▶ Notion du compagnonnage professionnel « les psynosres ».
- ▶ Quand on souffre, on ne peut pas soigner.
- ▶ « Soyons tous instituants ».../s'instituer = auto discipline qui cadre.
- ▶ « Les petits riens qui peuvent faire de grandes choses »
- ▶ Question de la culture, de l'histoire (le racisme des soignants toujours d'actualité dans les DOM-TOM, racisme catégoriel professionnel).
- ▶ Solidarité transversale.
- ▶ Le travail soignant est invisible (pas codifiable et chiffrable).
- ▶ La psychothérapie institutionnelle est la culture de l'indiscipline.
- ▶ Apprendre à être subversif.
- ▶ Question du plaisir et du désir dans le travail.
- ▶ Questionnement de la formation, du métier d'infirmier qui a changé (expérience de vie professionnelle).
- ▶ Étude de système de soin pour travailler avec la psychothérapie institutionnelle : trouver les failles et travailler « dans le creux ».
- ▶ Posture militante « non arrogante ».
- ▶ Pensée de la recherche et de l'exploration (OURY).
- ▶ Aujourd'hui, on ne pense plus (être thérapeute de soi-même).

« Y-A-T-IL ENCORE UNE PLACE POUR L'HUMAIN EN PSYCHIATRIE ? »

Nous étions plus de 221 personnes de 20 régions et 46 départements différents représentant 17 professions à participer à ces journées organisées par la CGT sur la question de la place de l'humain en psychiatrie.

N'ayant jamais assisté à ces Rencontres, j'ai été saisie et surprise par l'énergie contagieuse qui s'est dégagée de ces journées. De plus, j'ai été aussi enthousiasmée par la qualité, la spontanéité des différentes prises de parole et de l'ambiance bienveillante durant les débats. Je pense que cela a pu être possible du fait d'un dénominateur commun entre tous ces professionnels : la passion et la défense du métier qu'ils ont choisi d'exercer. Voir tous ces militants défendre une certaine idée de leur métier m'a ému et m'a donné espoir en l'avenir. Il n'y a pas que des travailleurs résignés, impuissants face à la folie gestionnaire exigée par le Ministère de l'Action Sociale et de la Santé ! Il y a aussi des professionnels impliqués dans leurs institutions, qui refusent de voir leurs métiers déshumanisés, vidés de leur sens premier : la rencontre humaine avec des sujets qui souffrent.

Pour lutter contre cette déshumanisation, la CGT Santé Action Sociale revendique la création d'un Grand Service Public de la Santé et de l'Action Sociale et exige l'abrogation de la Loi HPST de 2009 (hôpital, patients, santé et territoires) et le rétablissement d'une vraie Psychiatrie de Secteur. Elle propose aussi qu'une Loi d'Orientation et de Programmation pour la Psychiatrie soit débattue face à la fausse alternative que constitue le Rapport Robiliard de 2013 sur la psychiatrie (lequel adopte un ton plus nuancé... mais ne remet pas en cause la loi HPST).

Ainsi, à l'issue de ces Rencontres, un objectif commun se dégage fortement : organiser une action commune des différents établissements en lutte via une Journée Nationale de mobilisation pour porter nos revendications aux ARS (agences régionales de santé). Cette action pourrait être intersyndicale et ouverte aux différents Collectifs (Collectifs Régionaux Psy CGT, Collectifs de défense contre la fermeture d'hôpitaux, Collectif des 39 contre la Nuit Sécuritaire...). En attendant, voici quelques-uns des temps forts qui ont ponctué ces Rencontres.

Mercredi 2 Avril 2014 :

**Matin : thème « salariés, malades, familles :
quelles sont les conséquences de la
contrainte(s) dans leur prise en charge ? »**

Le psychiatre Guy Baillon (Seine-Saint-Denis), après un récapitulatif des luttes pour la sectorisation au début des années 1970 dans son Département, rend hommage au rôle

de la CGT dans la création de la Psychiatrie de Secteur. Puis le Dr Stéphane Barbasse (pédopsychiatre et membre de la Commission Nationale de la Psychiatrie CGT) retrace l'Histoire de la psychiatrie (de 1793 à nos jours) via les évolutions du discours sécuritaire à travers les siècles. Il s'appuie sur les modifications de la législation et en arrive à la loi du 5/07/2011 relative aux soins (ou plutôt au contrôle !) en psychiatrie puis au Plan Autisme de 2013. Il met en lien la question sociale et celle des troubles psychiatriques (plus les sociétés sont inégalitaires et plus le nombre de patients psychiatriques augmente). Stéphane Barbasse dénonce « la présomption inhumaine des Tutelles » dont la RGPP (révision générale des politiques publiques de Sarkozy, puis sa jumelle version Hollande : la MAP, modernisation de l'action publique) est le fer de lance. Il note 3 « aspects déshumanisants » : l'aspect « libéral » (loi HPST...) en contradiction avec la politique de secteur ; l'aspect « sécuritaire » (loi de 2011) et l'aspect « scientiste » (DSM V, plan autisme...). Il fait référence à Karl Marx en assimilant cette dimension déshumanisante au fétichisme du capital qui abolit toute dimension humaine au profit de la rentabilité et évoque la « prolétarianisation des métiers du soin ».

Enfin, Stéphane Barbasse énonce des objectifs afin de lutter contre cette déshumanisation :

- défendre les collectifs de soin, de la pratique clinique, du travail syndical...
- défendre des moyens humains en relation avec le choix de nos pratiques (temps pour la pensée : réunions, supervisions ...)
- défendre le Secteur (en opposition avec la logique des pôles)
- défendre une formation des personnels axée sur la clinique (et non des formations standardisées, protocolisées où la rencontre avec les patients est évitée)
- défendre la création d'un grand service public de la santé et de l'action sociale et d'une loi d'ensemble pour la psychiatrie (à la différence de la loi HPST qui la dissout dans les « territoires de santé »).

S'en suit un débat passionnant où Serge Portelli (Magistrat, membre du Syndicat de la Magistrature) met en garde contre « le mythe d'une grande loi » où l'idéologie sécuritaire se cacherait derrière les « belles idées de départ ». Il évoque son combat contre la suppression de la justice de proximité.

Plusieurs personnes prennent la parole (une sénatrice communiste, un cadre de santé en CHS, une infirmière psy retraitée...) autour de la recherche de rentabilité des établissements où « on est payé pour normaliser des comptes », où « la contrainte » remplace « la parole contenante », où la « logique managériale » remplace le soin.

Comment définir la maladie mentale ? Patrick Coupechoux (journaliste au Monde Diplomatique, écrivain) retrace comment la question de « l'humanité de la folie » a été abordée dans l'Histoire de la psychiatrie (aliénisme, désaliénisme, psychothérapie institutionnelle et sectorisation). Il oppose la pratique de la Psychiatrie (qui s'occupe des « fous ») et celle de la Santé Mentale (qui s'occupe « de tout le monde » sur fond de gestion des populations afin qu'elles s'adaptent au « marché »).

Dominique Besnard de l'association Ceméa (centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active) déplore que « l'enseignement de la complexité » disparaisse au profit du sécuritaire, de l'évaluation, et que l'on soit passé d'une « psychiatrie artisanale » à une « psychiatrie industrielle de gestion des flux » aux ordres d'une « politique libérale ». Une psychologue, un salarié d'un établissement privé abondent dans ce sens. Cela permet à Nathalie Gamiochipi d'aborder la campagne de la CGT sur le « coût du Capital » puis d'alerter sur le « passage d'une hospitalisation sous contrainte aux soins sous contraintes » : « nous n'avons plus les moyens d'être contents » donc la « contrainte » nous est imposée. Elle est relayée par une infirmière psy retraitée puis par Marc Auray (CGT CHS Le Vinatier), lequel évoque la lutte de l'hôpital contre l'ouverture d'un service carcéral durant les « Nuits de la Résistance contre la Nuit Sécuritaire ». Marc AURAY recentre le débat sur la question de « quelle société on veut ? » à laquelle il faudra répondre dans la Loi d'Orientation.

Le psychiatre Guy Baillon assimile le « rapport Robiliard » de 2013 à un « piège » malgré ses pseudo avancées, il met en garde : « l'Humain ne se défend que par l'Homme, pas par les lois » (en faisant référence à un discours de Jean Jaurès). Une psychologue CGT retraitée parle de son expérience en psychiatrie de secteur, puis un psychiatre prévient de ne pas fétichiser la question de la loi, évoque « les discours de langue de bois » sur « la gouvernance » dans les Réunions du Réseau de Santé Mentale au détriment des questions cliniques, des relations de soin et « ses revendications syndicales ». Une psychologue évoque la dégradation « du secteur » depuis 20 ans.

Après-midi : thème « Y-a-t-il encore de la place pour l'humain en psychiatrie ? »

Gervais Debaene (infirmier en psychiatrie, CGT Nord Pas-de-Calais) introduit ce thème avec des rappels sur le rôle de « la contrainte » qui permet au libéralisme, via son injonction d'austérité économique, d'imposer sa « pensée unique » dans notre discipline. On assiste à « une normalisation du fou » qui impose de « réduire chaque individu à un exemplaire de son espèce » (cf. : Pierre Delion, Marie-José Del Volgo & Roland Gori...). Cette idéologie comportementaliste, « hygiéniste », visant à « rétablir » un comportement « normal », s'apparente à du « dressage », (une « psychiatrie vétérinaire » !). G. Debaene insiste : « le fou est un être humain unique », « un individu et pas un objet » qui, s'il se montre « récalcitrant » à la cotation, à l'évaluation, ressortirait soit de la « prison » soit « du handicap ». Enfin, « la psychiatrie humaniste et démocratique » issue du Secteur se doit d'affirmer que « le

fou est un sujet dont on prendra soin par la relation », cela « doit fonder la Loi d'Orientation et de Programmation pour la Psychiatrie ».

S'en suit un débat avec différents professionnels. Un infirmier CGT dénonce : « le CHS va se médicosocialiser », « les infirmiers sont remplacés par les aides-soignants ». Tandis qu'un autre note l'enthousiasme créé par « une lutte en 2013 contre la précarisation du personnel » dans son établissement où le taux de syndicalisation aurait augmenté de 11% après des actions (boycott du conseil de pôle...). Ce dernier insiste sur la capacité des luttes à créer du lien social autour de revendications comme « pouvoir travailler correctement ».

Le problème de la T2A est abordé, puis celui des patients dit « inadéquats » en psychiatrie, et qui pourtant en relèvent. Ces patients sont mis à l'écart de la psychiatrie et orientés (pour cause de coût) sur les structures médico-sociales où le manque de psychiatres et de personnels formés à la psychiatrie leur est préjudiciable ! Est aussi regrettée une « résignation » face aux « contraintes budgétaires » chez des « jeunes diplômés » formés surtout à la surveillance des « symptômes » : « avant les ISP » (les « Psynaosores »!) étaient moins formatés... en 68. Un éducateur spécialisé déplore l'arrivée de nouveaux « contrats » dans les établissements (« auto-entrepreneurs... »).

Certains notent que la séparation des secteurs médicaux et sociaux, dommageable pour les patients et les soignants, constitue une « rupture existentielle » (cf. F. Tosquelles : reprise d'existence et constellation transférentielle). Une psychologue, une IDE puis Stéphane Barbasse et Guy Baillon interviennent pour dénoncer la « catastrophe en psychiatrie » des années 1970 consistant en cette rupture entre les deux champs : champ sanitaire (médical) et champ social (médico-social) et appellent à la création d'un Grand Service Public de Santé et d'Action Sociale. Le psychiatre Jacques Tosquelles (fils de François Tosquelles) remarque toutefois l'approbation de la profession lors de cette rupture...

En plus de cette rupture des deux champs, il y aurait « un changement d'époque » qui voit la « fin d'une médecine spéciale (la Psychiatrie de Secteur) » et l'avènement du « Système de Santé Mentale » avec la progression de « Pôles high-tech » de « Centres Experts » et de « Recherches » (médecine scientiste) en parallèle au « Pôle Social » où les « chroniques » seraient « soignés à moindre coût ».

De nombreuses « plaintes » (Projet d'Établissement = invitation à ne pas penser, sortir de l'urgence pour pouvoir penser, concurrence entre les Pôles pour avoir des moyens...) amènent à l'impératif d'un « socle commun » : celui d'une Commission Nationale Psy.

Rebondissant sur l'exclamation : « Il faut être insoumis ! » (L. Bonnafé), un infirmier CGT du CHS de St Egrève (Isère) évoque leur grève pour la qualité des soins (fermeture de 100 lits en 15 ans).

Puis, Élisabeth Roudinesco (psychanalyste, historienne), retrace les « révolutions » de la psychiatrie (asile, guérir la folie, Freud : approche par la parole, psychothérapie institutionnelle,

Secteur, l'asile « humain » mis en cause par l'antipsychiatrie, la folie comme forme de révolte, neuroleptiques...) et note que nous sommes dans une approche biologique sous contrôle de l'industrie pharmacologique via ses instruments de classification (DSM) qui constitue « une monstruosité » un « réductionnisme » et appelle une « contestation radicale », une « sortie des chiffres » pour « entrer dans l'engagement politique ». Les réactions dans l'amphi sont aussi vives que les propos vigoureux d'E. Roudinesco et la confrontation des points de vue est stimulante !

Nous terminons la journée avec une animation sur « l'art peut-il être thérapeutique ? » avec Kitsou Dubois (chorégraphe) et 2 films « Traces de pas » 1985 (atelier « chorégraphie » avec patients psychotiques) et « Défense de se poser » avec des jeunes dans leur quartier.

Jeudi 3 avril 2014 :

Matin : choix entre 3 Ateliers différents puis une restitution et un débat (« investir les questions du travail : quel sens et quels moyens pour garantir l'avenir d'un Grand Service Public ? ») :

- Atelier N°1 « le Secteur en Psychiatrie. Avenir et enjeux ? » (Patrick Rappart, ISP et Guy Baillon, psychiatre)
- Atelier N°2 « Psychothérapie Institutionnelle et militantisme. Comment ? Quelles convergences ? Prendre soin de notre travail (soignant/soigné) » (Christian Gros, cadre infirmier psy et Jacques Tosquelles, psychiatre)
- Atelier N°3 « Équipe pluridisciplinaire. Quelle équipe ? Quelle classification ? Quelle formation ? » (Sylvie Daniel, Aide-soignante psy et Annie Léculee, psychologue clinicienne)

Je me suis inscrite à l'Atelier N°2 et ai été enchantée par la teneur des propos de chacun, leur interactivité, leur spontanéité. C. Gros et J. Tosquelles évoquent le lien entre la Psychothérapie Institutionnelle et le syndicalisme (CGT), leurs valeurs communes et leurs revendications, dont celle d'une autre politique de soin. Ils rappellent que « la Psychothérapie Institutionnelle a deux jambes : la Psychanalyse et le Marxisme » (François Tosquelles, 1940 environ). Ils retracent l'Histoire de la Psychiatrie en parallèle à celle de la CGT qui, en 1895, « est née de la souffrance des hommes » et qui aspire à « un idéal de mieux-être ». Leur dénominateur commun est la lutte. Passant progressivement de « gardiens de fous » à celui de soignants, les infirmiers en psychiatrie, au lendemain de la Guerre d'Espagne, du Front Populaire et de la 2^{ème} Guerre Mondiale se syndiquent de plus en plus (1944-48). En 1945, les médecins « désaliénistes » (L. Bonnafé, P. Sivadon, F.Tosquelles...) proposent une intégration du "fou" dans la vie quotidienne. Puis, dans les années 1960, avec la création de la Sectorisation, l'hôpital psy s'ouvre sur l'extérieur avec les CMP (en Italie aussi avec la Psychiatrie Sociale) : l'humain est au cœur des débats.

Aujourd'hui, « l'individualisme (mécanisme de défense des soignants face à la colère de ne pas être entendus ?) » les amène à être de « simples exécutants » aux ordres de l'idéologie dominante (TCC, évaluations...). Sont évoqués un militantisme qui fédère, un engagement éthique et politique

contre ce qui dévalorise l'homme (cf. : Jacques Hochmann, psychiatre psychanalyste). J.Tosquelles qualifie le soin en psychiatrie comme étant « hors du champ du savoir médical qui est inadapté pour la clinique psychiatrique », « le discours médical » étant « désobjectivant ». Il propose que « pour soigner le patient il faut soigner l'hôpital », puis rappelle le combat de son père pendant la Guerre d'Espagne contre le Franquisme, son engagement syndical, politique, et la création de la Psychiatrie Institutionnelle. S'en suivent divers témoignages à propos d'expériences cliniques relevant de cette pratique (peu ordinaires si on se place dans le cadre actuel protocolisé qui laisse peu de place à l'improvisation et à la création dans la rencontre) mais aussi aux attaques de cette pratique dans des institutions qui parfois s'en réclament (outils managériaux et ordinateurs qui isolent les soignants de la rencontre avec les patients, affaiblissement de la pensée collective, souffrance au travail, importance du compagnonnage ISP avec les jeunes diplômés, favoriser l'engagement, le désir de soigner par des petits gestes de tous les jours...). On en arrive à l'idée que c'est la soumission qui fait souffrir et qu'on ne peut pas être soignant sans être militant ! « Être soignant, c'est être militant ! » (J. Tosquelles) et militer pour l'importance du « travail invisible » (pas cotable selon le réquisit gestionnaire des Tutelles « thanatocrates » !). Alors, une rébellion s'élève du groupe ! La Psychiatrie Institutionnelle est alors qualifiée de « culture de l'indiscipline » qui continue à se « transmettre » (formations Ceméa, Saint-Alban, Clinique Labordes, Reims, Anger, Marseille...) avec un mot d'ordre : « Organisons l'indiscipline » par des « petites luttes au quotidien » !

Restitutions et débat :

Un représentant CHSCT se demande comment accepter un tel paradoxe (cf. : rapport Robiliard) : soutien de l'efficacité du secteur et destruction de celui-ci dans la Nouvelle Loi de Santé Publique que les établissements anticipent (les pôles transversaux se substituent aux secteurs...) ? Se posent le problème du recours abusif à la « contentation » (« indigne d'une démocratie ») et la question des moyens humains supplémentaires pour « défendre une conception éthique des soins ».

G. Baillon récapitule l'atelier 1 sur la question du Secteur en psychiatrie. Il rappelle l'importance du Secteur et du travail de continuité entre la psychiatrie et le médico-social. Il y a complémentarité des soins et la défense de la clinique doit être le moteur.

L'atelier 3 (équipe pluridisciplinaire) représente bien la pluridisciplinarité du fait des formations diverses de chacun (AMP, AS, IDE, ISP, Educ, psycho, psychiatres...). Une sur-représentation infirmière a laissé place récemment à une diversification des équipes (AS, AMP) mais sans réel travail de complémentarité, et certains professionnels peuvent être exclus (techniciens, administratifs...) d'où la nécessité de « faire sens dans le travail en commun » et dans sa richesse. La question du travail de transmission intergénérationnelle des connaissances entre les anciens et les jeunes est abordée, ainsi que leur complémentarité. Sont déplorés le passage de la notion de connaissances à celle de « compétences à

évaluer », la protocolisation qui « défend du lien au patient ». La question de l'évolution des métiers (« réingénierie » des pratiques professionnelles qui entraîne une déqualification des diplômés) oblige à une mobilisation des équipes pour être « force de proposition » (cf. : histoire de la formation des infirmiers psy...).

Après-midi : « accès aux soins : quel financement ? Dans quel système de santé ? »

Caroline Ferreira, ISP, CGT, siège à la CNAM, rappelle la définition de la santé (OMS) comme droit fondamental, inscrit dans la Constitution Française dans le cadre de la Solidarité Nationale, et comme droit à faire respecter. Elle dénonce la difficulté d'accès aux soins : délais d'attente, baisse de la PEC par la Sécu, maillage territorial disparate qui entraîne une inégalité, fermeture de 50 % de lits de psychiatrie en 20 ans, baisse de la durée des séjours, augmentation du nombre de SDF, 40 % des détenus souffrent de troubles psychiatriques, augmentation des hospitalisations sous contrainte, éloignement des lieux de consultations en milieu rural... Il faut donc se battre pour une politique de Secteur (une approche globale, décloisonnée, un travail en réseau, une reconnaissance des professionnels et des « malades mentaux »). Elle rappelle que le financement de la Sécurité Sociale est un choix politique, une bataille idéologique (répartition des richesses, lutte contre le coût du Capital et le MEDEF...). Créé en 1945, c'est le système de protection sociale le plus juste (car basé sur la Solidarité). Il faut réintégrer l'Aide Sociale à la Sécurité Sociale et non la financer par des impôts et des taxes « injustes » (basés sur la consommation et non le revenu). Il est injuste que l'Aide Sociale soit soumise aux couleurs politiques des Conseils Généraux. Elle évoque aussi le manque de « démocratie sociale » des Agences Régionales de Santé (ARS) qui ne consultent pas les professionnels et les usagers. « La santé n'est pas un marché lucratif » (où sinon les profits doivent être réinvestis dans la santé !). Puis, un débat assez technique s'en suit. Enfin, le désir de mettre en place des actions concrètes émerge du groupe. Marc Auray propose de se retrouver dans les régions pour une journée d'action commune (le matin : réflexion, débat politique et l'après-midi : marche sur les ARS, avec demande de RDV pour exposer les revendications). Il est suivi par un cadre de santé qui insiste sur l'importance de faire vivre le syndicat dans les USD, les commissions psychiatriques régionales pour construire la mobilisation régionale puis nationale. Un infirmier CGT du CHS de St Egrève rappelle que de plus en plus, la mobilisation est acceptée par les médecins, que les luttes sont à coordonner sur tout le territoire et qu'il faut se rassembler.

Clôture : « Perspectives et analyses »

Nathalie Gamiochipi, Secrétaire générale de la Fédération CGT Santé Action Social et Infirmière de Secteur Psychiatrie, conclut ces journées et remercie les différents intervenants. Elle se dit agréablement surprise par ces débats qui vont au-delà des constats et des plaintes car il s'agit d'un véritable travail d'analyse de la situation de la psychiatrie et du secteur médico-social. Elle propose de faire vivre ces journées en les partageant. Pour affiner nos propositions revendicatives, il faut aller débattre avec les salarié-e-s puis créer ensemble des rapports de force car « il n'y a pas de futur dans l'austérité ». Elle insiste sur ce « processus » à mettre en œuvre avec les salarié-e-s puis élargir le mouvement revendicatif dans une vision unitaire aux autres organisations (syndicats, collectifs...).

Carole DUPERRAY. Lyon, le 28/04/2014

BIBLIOGRAPHIE

(Quelques références présentées lors des Rencontres Nationales de Psychiatrie) :

- Guy BAILLON : *Les urgences de la folie. L'accueil en santé mentale*, 1998. *Les usagers au secours de la psychiatrie. La parole retrouvée*, 2009. *Quel accueil pour la folie ?* 2011
- Bernadette CHEVILLION (textes rassemblés par) : Lucien BONNAFE. *Psychiatre désaliéniste*
- Patrick COUPECHOUX : *Un monde de fous. La déprime des opprimés, enquête sur la souffrance psychique en France. Un homme comme vous, essai sur l'humanité de la folie*
- Pierre DELION : *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui*.
- Serge PORTELLI : *Récidivistes, chronique de l'humanité ordinaire*, 2008. *Juger. Spirale sécuritaire, libertés en danger*, 2011
- Élisabeth ROUDINESCO : *Pourquoi la psychanalyse ?* 1999. *Le patient, le thérapeute et l'état*, 2004. *Philosophe dans la tourmente*, 2005
- François TOSQUELLES : *Le travail thérapeutique en psychiatrie (1967)*, 2009, préface : P. Delion. *L'enseignement de la psychiatrie*, 1992