

L'après-guerre (1945) fut l'occasion de grandes avancées sociales en psychiatrie, conjointement à la découverte des neuroleptiques (1952). La mise en place de la Sécurité Sociale pour tous instaure une solidarité nationale suivant le principe « *chacun cotise selon ses moyens et reçoit suivant ses besoins* ». Au début des années 60, l'hôpital psychiatrique cesse d'être un lieu de ségrégation pour devenir un véritable lieu de soins, suivant la politique du secteur : chaque secteur géographique doit disposer d'un CMP généraliste, porte d'entrée de tous les soins, qui accueille tous les patients, et d'unités d'hospitalisation d'entrée et de soins plus longs, de manière à garder le lien entre le patient, ses proches, son lieu de vie, son environnement social et professionnel.

Au tournant des années 80, le néo-libéralisme s'impose en France. Il faut s'aligner sur la mondialisation et donc, réduire tous les « coûts » sociaux (cotisations sociales : retraite, maladie, chômage, allocations familiales) afin d'être le plus concurrentiel et « *compétitif* » possible. Contrairement au libéralisme classique, les services publics doivent eux aussi entrer dans une logique de marché ; une part sans cesse croissante en est privatisée. Dans le même temps, l'État doit se mettre au service du marché et non de ses citoyens ; il doit se défaire de son patrimoine, réduire les impôts et donc sa marge de manœuvre pour l'intérêt public. Et pourtant, l'argent existe comme en témoignent l'envol des salaires des hauts dirigeants économiques, les bénéfices des GAFAM, les paradis fiscaux et l'accroissement des inégalités au niveau mondial, en toute logique, puisqu'il convient de privilégier les experts et les hommes d'affaires. Le malade mental devient un « *handicapé* » qui doit être aidé, « *inclus* », pour entrer dans la compétition avec les valides. La psychiatrie, déjà parent pauvre de la médecine, en subit les conséquences : c'est la grande involution qui se poursuit depuis 4 décennies, suivant une logique qui ne manque certes pas de cohérence.

L'ÉTAT CENTRALISE AUTORITAIREMENT

C'est le règne de la « *gouvernance* », terme repris de l'Ancien Régime, autoritaire par excellence, et du monde de l'entreprise privée, gérée par les actionnaires et la direction, bien loin d'une démocratie sanitaire au service de la population. Seuls les « *experts* » deviennent compétents et communiquent leurs directives.

L'État reprend le contrôle de la Sécurité Sociale, initialement paritaire, gérée par des représentants des salariés et des employeurs ; c'est par le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) que le gouvernement fixe maintenant lui-même les règles de financement. La contribution des revenus du travail monte en flèche, cependant que celle du capital baisse, aggravant sans cesse le déficit ainsi construit. Les exonérations de cotisations sociales pour les petits salaires, très partiellement compensées par l'État, compriment encore le budget.

Les DASS (Directions des Affaires Sanitaires et Sociales) trop autonomes disparaissent au profit de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation), puis des Agences Régionales de Santé (en 2010) qui regroupent sous leur autorité tous les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la Région. Le gouvernement décide de la politique de santé et transmet ses directives aux ARS qui les relaient aux directions d'établissement.

A compter de 2016, afin de faire des économies d'échelle, la loi, dite TOURAINE, de « *modernisation du système de santé* » entend

regrouper les hôpitaux par l'entremise des GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire) qui éloignent encore les décisions du terrain. Les Régions elles aussi se regroupent : de 27, elles passent à 18. Au passage, les représentants des salariés, dont l'avis est toujours requis dans les hôpitaux, ne sont plus qu'« *informés* » dans les GHT ; il ne faut pas faire confiance au peuple, incompetent. Dès 2023, la fusion des CTE (Comités Techniques d'Établissement) et des CHSCT (Comités d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail), alignée sur le secteur privé, privera encore plus les salariés de leur droit d'expression.

La mise en place de l'EPRD (budget prévisionnel) en 2005 concrétise un changement majeur. La direction des hôpitaux quitte les mains des médecins pour être confiée à des gestionnaires administratifs, qui peuvent être issus du monde de l'entreprise privée. Le rôle des CME (Commissions Médicales d'Établissement) se voit réduit à la portion congrue : entériner les directives de l'ARS via la direction. Les ARS répartissent les budgets par leurs propres canaux. Le FIR (Fonds d'Intervention Régional) finance des projets cliniques spécifiques définis en haut lieu (équipes mobiles, réseaux spécifiques, ...) ; le jeu consiste maintenant à répondre le plus rapidement possible aux appels à projets, afin d'équilibrer les budgets hospitaliers. Pour maintenir les hôpitaux sous pression, ils sont soumis depuis 1999 à une procédure d'accréditation, devenue depuis certification : tous les 4 à 6 ans, l'établissement reçoit des « *visiteurs* » qui évaluent la « *qualité* » suivant les normes de la HAS (Haute Autorité de Santé), théoriquement indépendante, qui fixe les protocoles à respecter. Cette évaluation impacte directement le budget de l'établissement.

A compter de 2007, les « *services* » ont dû disparaître au profit des « *pôles* » : c'est la glaciation polaire. Là encore, il s'agit de produire des économies d'échelle en regroupant des structures, parfois très disparates, à nouveau centralisées, éloignant toujours plus la chefferie de pôle du terrain, tout en la rapprochant d'une direction de plus en plus gestionnaire. Pour rétablir une illusion de démocratie, des « *groupes de travail* » sont mis en place, sur des thématiques prédéfinies en haut lieu, dont les membres sont en fait cooptés par l'encadrement supérieur, mais non représentatifs ni mandatés, ni élus par les professionnels de terrain.

Pour couronner le tout, les soignants sont désormais soumis à l'« *évaluation* », qui mesurera leur engagement individuel, et dont le résultat pourra impacter leur rémunération. Sur le modèle de l'entreprise lucrative privée, ils doivent décliner leurs objectifs et rendre compte de leur réalisation au terme de l'année, moyen de pression supplémentaire pour obtenir leur docilité, surtout si leur statut est précaire.

Tout récemment encore, la mise en place du Ségur montre comment notre gouvernement sait manier l'adage : « *diviser pour mieux régner* ». Il octroie une « *prime* » sous forme de Complément de Traitement Indiciaire au personnel du sanitaire, mais pas de suite au médico-social. Il revalorise les paramédicaux, mais pas les administratifs, ouvriers, travailleurs sociaux et psychologues.

RÉDUIRE LES COÛTS À TOUT PRIX

Puisque la santé publique est devenue un produit comme les autres, une « *charge* » financière et non plus un service, il convient désormais d'en réduire le « *coût* » à tout prix. En termes de marché, il s'agit de

réduire l'offre (publique) de soins pour comprimer la demande (des usagers). A cet effet, il suffit déjà de diminuer les effectifs médicaux ; faute de médecins, de nombreuses unités ferment. Mais ce mécanisme produit inévitablement ses effets induits car la demande de soins ne baisse pas : pour ceux qui peuvent payer, elle se déporte en partie sur le privé et le libéral, avec ses dépassements d'honoraires et frais d'hospitalisation supplémentaires. C'est le règne de la médecine à 2 vitesses.

Puisque prime la gestion comptable des soins, il faut objectiver des soins pourtant hautement subjectifs et les quantifier en les comptabilisant. En psychiatrie, bien que tout l'extra-hospitalier soit déjà comptabilisé en actes (entretiens, démarches, groupes thérapeutiques, accompagnements, réunions) et en file active, mais sans incidence financière, cela s'applique d'abord à l'addictologie, mais la dernière réforme l'appliquera pour l'ambulatoire. La comptabilisation des actes permet de placer les praticiens sous la pression du rendement quantitatif, immédiat, à court terme, tout en les mettant en concurrence entre eux. En outre, le travail informel des soignants ne rentre pas dans la grille : réunions cliniques, relèves, contacts avec des partenaires, reprises d'activité ou supervisions, ... Et pourtant, des infirmiers-chercheurs, à Lyon, Jean-Paul LANQUETIN et Sophie TUCHKRIEL, ont scientifiquement mis en évidence les fonctions spécifiques du travail informel en psychiatrie, qui pourraient servir de base à une réelle pratique avancée.

Le financement des hôpitaux généraux va ainsi évoluer en 2007 du forfait global à la T2A (Tarification A l'Activité). L'hôpital n'est plus financé pour son offre de soins, mais en fonction du nombre quantifié de ses « actes » (prestations) dont le coût, préfixé en haut lieu, est progressivement réduit.

RÉDUIRE TOUJOURS PLUS LES HOSPITALISATIONS

Tel est devenu le maître-mot, le suprême « *élément de langage* » : il faut réduire les hospitalisations. L'hôpital a perdu sa mission première, soigner. Dès l'arrivée du patient, sous le prétexte d'éviter la chronicisation, il faut mettre en forme son « projet » de sortie, car une journée d'hospitalisation est trop onéreuse. De lieu de soins, l'hôpital est devenu un lieu de crise avec une durée moyenne de séjour de 15 jours.

C'est une véritable pandémie de fermeture de lits : 69.000 lits ont été fermés en 15 ans, dont 17.500 depuis 2013 (dont 13.681 dans le public). Les patients les plus chroniques et « *stabilisés* », devenus des « *handicapés* », sont réorientés sur des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisé) ou des FAM (Foyers d'Accueil Médicalisé), beaucoup moins onéreuses, puisque le personnel y est moins qualifié, mais en nombre toujours insuffisant. Les patients par contre deviennent des résidents, bénéficient d'un meilleur accompagnement social, mais de soins réduits. Le manque de lits devenant critique, on en recrée quelques-uns pour la pédopsychiatrie. Pour la psychiatrie adulte, la dernière réforme envisageait de procéder plus finement : on ne fermerait plus de lits, mais leur financement aurait été réduit jusqu'à 6 fois si le patient reste trop longtemps hospitalisé dans l'année.

Dans le même temps, les médecins sont moins disponibles. Ils aspirent fort naturellement à mener une vie de famille normale. Les médecins de famille n'interviennent plus que rarement à domicile et ne travaillent plus la nuit et les jours fériés. Les urgences s'en trouvent vite saturées, surtout en-dehors des grandes villes. Le palliatif sera la permanence téléphonique, ou l'équipe mobile spécialisée, qui interviendra sur une courte période au domicile, ou l'unité d'hospitalisation d'accueil pour tout le département qui, à son tour, morcellera encore plus les soins.

SPÉCIALISER POUR MIEUX SOIGNER ?

La politique de secteur se voulait généraliste : soigner au plus près du

lieu de vie toutes les pathologies pour tous les usagers. L'ambulatoire est victime de son succès, récemment copié par les Centres et Maisons de Santé : les listes d'attente s'allongent démesurément, entre autres par des pathologies plus légères, désormais classées sous l'appellation « *santé mentale* ». Pour y pallier, si l'on a conservé le terme de « *bassin de population* », il s'agit maintenant de constituer des « *filiales de soins* » spécifiques à chaque pathologie, prises en charge par des réseaux et des « *plateformes* ». A cet effet, pour « *rationaliser* » et gagner illusoirement en « *efficacité* », le patient est d'abord et avant tout « *correctement diagnostiqué* » et évalué à l'aide de « *bilans* », qui permettraient de l'« *orienter* » sur la « *prise en charge* » (comme pour une marchandise) adaptée. Ces dispositifs multiplient le nombre d'intervenants auxquels le patient s'adressera, fragmentant ainsi ses soins, et compliquant les liens et transmissions, alors que tout praticien de la psychiatrie sait combien est importante la relation thérapeutique et combien est longue à se mettre en place une relation de confiance. Mais une fois « *bien orienté* », le patient se heurte toujours au manque de soignants et d'unités de soins.

Désormais, le « *parcours de soin* » est présent dans tous les discours, que les soignants eux-mêmes intériorisent. Effectivement, le patient court d'un soin à l'autre, d'une structure à une autre, d'un soignant à un autre, au détriment d'une relation stable et construite à un soignant, pourtant indispensable à des soins « *de qualité* ».

Le CMP n'est plus qu'une structure de « *2^{ème} ligne* », destinée aux patients les plus malades. Et comme le secteur privé est réputé plus rentable et efficace que le secteur public, on fera appel à des psychologues libéraux, sous-payés, qui soigneront en une dizaine de séances des patients, qui auront préalablement consulté leur médecin traitant, qui leur aura prescrit ce type de soins. Il semblait pourtant que même les médecins libéraux, dits de 1^{ère} ligne, étaient en nombre insuffisant !

Pour faire encore moins cher, on fera aussi appel à des « *pairs-aidants* » (anciens patients stabilisés), à des dépisteurs (formés en quelques heures) ou des « *secouristes en santé mentale* ».

« RATIONALISER » LES MÉTHODES OU DÉNATURER LE SOIN ?

La psychiatrie s'était construite en se différenciant de la neurologie, car le soin psychique nécessite une approche globale du patient, médicale certes, mais aussi psychologique et sociale. Mais le modèle médical et les neurosciences se prêtent mieux à la « *rationalisation scientifique* ». Si le soin somatique s'est nettement amélioré au sein des hôpitaux psychiatriques (mais pas dans l'ambulatoire), c'est au détriment de sa prise en compte psychologique. Faute de ce temps si précieux dans les relations humaines, les synthèses pluridisciplinaires se font rares.

Les professionnels eux-mêmes ont perdu de leur formation initiale. Le diplôme d'ISP (Infirmier de Secteur Psychiatrique) a disparu en 1992, la psychologie clinique s'efface devant la neuropsychologie, dont la recherche est nettement favorisée par la dernière réforme. Les troubles psychiques de l'enfant deviennent des TND (Troubles Neuro-Développementaux). C'est maintenant au budget de la formation continue (financée par les salaires) de compenser le déficit en formation initiale en psychiatrie des infirmiers via des formations complémentaires devenues indispensables (tutorat, consolidation des savoirs en psychiatrie, gestion de l'agressivité, ...). Le gouvernement préfère encore former 1 IPA (Infirmier en Pratique Avancée) pour encadrer 1.000 infirmiers (taux national). La pratique sera ainsi normalisée et surtout peu coûteuse.

Cette situation est le résultat de la soumission de la psychiatrie française à la domination quasi sans partage de la psychiatrie américaine dont l'orientation à dominante biologique (qui favorise les lobbies pharmaceutiques) et cognitivo-comportementaliste a totalement exclu la psychanalyse et d'autres approches thérapeutiques. Elle a conçu

le DSM (Diagnosical and Statistical Manual). Là, le sujet singulier, avec son histoire (et non seulement son anamnèse médicale), ses sentiments, son fonctionnement psychique n'existent plus ; seuls demeurent des profils désincarnés et rentrant forcément dans une classification préétablie. L'inconscient et la subjectivité disparaissent ; ne demeurent que des symptômes, leur médication et le traitement du comportement.

Pour supprimer la subjectivité des soignants, du médecin à l'aide-soignant, et les rendre « *efficients* », il convient de les plier aux « *bonnes pratiques* » de la HAS dont ils deviendront les exécutants, techniciens dépourvus de toute créativité. Certes, ce ne sont que des recommandations, non opposables aux yeux de la loi, mais les « *visiteurs* » les vérifieront lors de la certification de l'établissement, tous les 4 ans, qui conditionnera à son tour le budget de l'établissement. Citons A. BUZYN, ex-ministre de la santé : « *nous avons quasiment fait fermer 2 établissements non certifiés, car ils ont des pratiques non recommandées* ».

Les « *protocoles* » ainsi conçus sont des prescriptions normatives qui produisent une chaîne de production sanitaires sans âme et sans conscience, exercée par des techniciens taylorisés. Ils dénie le soin, le souci, la sollicitude qui mobilisent le tact, la délicatesse et la parole requises dans les relations humaines, au cœur du soin en psychiatrie. D'aucuns parlent d'effacement de la psychiatrie devant la cérébrologie.

Au total, cette bureaucratisation entend maîtriser la réflexion et le temps, que nous avons tant besoin de prendre dans notre « *cœur de métier* », pour prendre soin des patients, pour tisser un lien avec eux, pour qu'ils s'apaisent avant de (re)partir dans la « *vraie vie* ». La Poste, lors de sa privatisation, avait qualifié le temps gratuit que les facteurs passaient auprès des usagers d'activité « *parasite* », jusqu'à ce qu'elle soit remise aujourd'hui en valeur, mais payante, donc réservée aux plus aisés.

Faute d'avoir le temps de se rencontrer et d'échanger, et afin que tout soit traçable, contrôlable, les soignants mentionnent depuis longtemps leurs observations sur des logiciels. Mais ces observations innombrables ne peuvent être lues par tous. Il fallait donc une méthode pour les organiser. Les cibles reprennent le modèle somatique : les symptômes sont ainsi isolés et décontextualisés, suivant le principe de « *toute problématique a une cible* ». Certes, cela permet parfois de rassembler des informations spécifiques (bonne ou mauvaise nuitée, ...), mais on met ainsi l'accent sur les problèmes du patient et on ne donne pas de sens à ses comportements, morcelés comme sa symptomatologie.

Les praticiens de terrain deviennent de simples exécutants, interchangeables d'une personne ou d'une unité à une autre, dont la réflexion et la pensée ne sont plus requis, dépossédés de leur propre humanité.

RÉHABILITER OU SOIGNER ?

La Réhabilitation est devenue le mot d'ordre de nos missions. Issue de méthodes cognitivistes, comportementalistes et neurologiques, elle vient à point quand le gouvernement veut réduire le nombre et la durée des hospitalisations, trop coûteuses. Elle entend surtout reloger le patient hors de l'hôpital.

Et pourquoi pas ? L'ouverture des hôpitaux psychiatriques sur l'extérieur date de l'après-guerre ; les CMPs ont été créés à la fin des années 60, il y a un ½ siècle. Depuis cette époque, la pratique soignante a toujours mêlé psychothérapeutique, psycho(ré)éducatif et (ré)insertion sociale. Les soignants prenaient soin des patients et les accompagnaient « *sur le secteur* », chez eux, ou ailleurs, et ceci en continuité entre l'hospitalier et l'ambulatoire. Aujourd'hui

cependant, austérité budgétaire aidant, la réhabilitation prend le pas sur le thérapeutique ; l'ARS finance d'ailleurs spécifiquement et abondamment ces actions qui nécessitent des formations, parfois très coûteuses, sur le budget des établissements. Et pourtant, la Réh@b elle-même mentionne la nécessité de la psychothérapie. Elle s'adresse à une frange de nos patients, bien profilés et surtout demandeurs, pas à tous. Certaines unités de ce type ont déjà fermé en France.

La culture, ce pont d'humanité entre les patients et les « *normaux* », a disparu du vocabulaire des ARS. Les multiples médiations thérapeutiques, hors ou dans l'hôpital, avaient cependant fait leurs preuves depuis longtemps, valorisant la créativité des patients (et des soignants) plutôt que leurs déficiences, dressant un pont entre l'hôpital et la société, moyen d'insertion sociale par excellence.

QUELLE SOCIÉTÉ VOULONS-NOUS ?

Au travers du destin de la psychiatrie publique, c'est l'avenir de notre société qui se joue, le devenir de ce qui fait relation humaine. Faute de soins, dans notre contexte sécuritaire, quelques patients font la une de l'actualité criminelle des médias et témoignent du délitement de ce qui fait notre humanité. Il est ensuite facile d'incriminer la responsabilité de dispositifs de soins, privés des moyens de bien faire leur travail. La violence constitue entre autres un effet inévitable d'une société déshumanisée, où il devient difficile de rencontrer un humain pour une démarche administrative, publique (impôts, Sécu, chômage, allocations familiales, ...) ou même commerciale. L'ordinateur ne peut pas remplacer la relation humaine, a fortiori en psychiatrie.

Nous revendiquons une autre politique, une politique pour reconstruire ensemble une psychiatrie humaine et vivante, avec des moyens matériels et des pratiques respectueuses de l'humanité des patients :

- *Un financement à la hauteur des besoins, pour que les soins soient accessibles à tous suivant leurs besoins*
- *Des lits pour accueillir suffisamment bien et longtemps les patients qui le nécessitent*
- *Du personnel bien formé et en nombre, pour pouvoir rencontrer la souffrance psychique à l'hôpital, dans l'ambulatorio, à domicile*
- *La restauration de mots simples d'une culture qui disparaît : accueil, rencontre, échange, clinique, souffrance, angoisse, psychothérapie institutionnelle, ...*
- *Le temps... de travailler, de bien travailler, de soigner et de prendre soin, des patients, des soignants et de l'institution*
- *Le sens des soins psychiques : pour les problèmes humains, il faut d'abord et avant tout des humains à qui parler et pas uniquement des techniques, il faut des artisans et non de simples techniciens*
- *L'imagination et la créativité nécessaires qu'il faut mobiliser dans les métiers s'occupant des humains et dans les réunions cliniques pluridisciplinaires*
- *Des méthodes de soin réfléchies collectivement par les praticiens de terrain et adaptées à leur pratique et surtout, aux patients.*

Il ne s'agit pas de combattre tout changement, mais la psychiatrie est une vaste discipline, qui emprunte à beaucoup d'autres, et en particulier à toutes les sciences humaines. Allons-nous continuer à subir la logique de ces nouvelles méthodes sans aucun regard critique ? Allons-nous courir après les financements spécifiques voulus par l'ARS sans adapter et infléchir ces outils dans le sens de notre culture psychiatrique ?

Pierre Dumortier
Membre de la CNP CGT