



Printemps de la psychiatrie

Textes de présentation aux député(e)s du Nouveau Front Populaire

Rencontre à l'Assemblée nationale du mercredi 11 septembre 2024

Intervenant(e)s (par ordre de présentation) : Martin Pavelka, Serge Klopp, Catherine Soulet, Patrick Chemla, Florent Langlois, Florence Harang, Delphine Glachant.

Martin PAVELKA, pédopsychiatre

En 2018 le mouvement du Printemps de la Psychiatrie **est né en réaction aux différents mouvements de grève** qui s'organisaient dans les hôpitaux psychiatriques, notamment la grève de la faim de 18 professionnels de l'hôpital du Rouvray, mais aussi les grèves des Perchés du Havre, du collectif Pinel en lutte à Amiens, de la Psychiatrie Parisienne Unifiée du GHU parisien, du collectif La mili'tente à Toulouse et bien d'autres.

C'était précisément le **22 janvier 2019**, lors de la *Journée nationale de la psychiatrie*, que le *Manifeste du Printemps de la psychiatrie* a été lu et signé pendant une manifestation Place de la République, suivie d'une marche vers l'Assemblée Nationale.

Le Printemps de la Psychiatrie se réunit mensuellement, soutenu par l'association loi 1901 (dont Delphine Glachant est l'actuelle présidente) et exprime ses positions de plusieurs façons :

- **COMMUNIQUES**

2019

- *Un fichier terrorisant* - Contre le croisement des fichiers HoPsyWeb et le Fichier S et contre le fichage dans les hôpitaux des Gilets jaunes blessés. LIBERTES & DROITS
- *Refus de la politique de la peur* – suppression des émissions dans le médias publics qui critiquaient la destruction des services publics (Comme un bruit qui court, ...). DÉRIVE POLITIQUE

2020

- *Prévenir les isolements, stopper les contentions* ISOLEMENT/CONTENTION
- *Non à la T2A en psychiatrie* TARIFICATION/FINANCEMENT

2021

- *Une mascarade de plus !* ASSISES PRÉSIDENTIELLES DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA PSYCHIATRIE
- *Psychiatrie, éternel enfant pauvre de la Santé* (avec CIU) FINANCEMENT
- *La psychiatrie humaniste étouffée par la santé mentale de laboratoires* DÉSHUMANISATION

2022

- Recommandations du CGLPL concernant les dysfonctionnements des hôpitaux psychiatriques à Lens, Toulouse et Brive la Gaillarde...

DÉGRADATION/MALTRAITANCE

2023

- Suite au drame du CHU de Reims et l'absurdité des « solutions sécuritaires » qui ont envahi les médias.

DÉRIVE SÉCURITAIRE/MODÈLE DE SOINS INADAPTÉ

2024

- Enfin le communiqué du 12 juin 2024 suite à la dissolution, avec l'appel se mobiliser en faveur du NFP.

POLITIQUE/LOI CADRE

- **ENGAGEMENT dans l'INTER-ORGA de la Santé**, avec le CIH, CIU
- **Travail entamé avec la Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL)**
- **ASSISES CITOYENNES DU SOIN PSYCHIQUE en 2022 et 2024** (textes d'ouverture et résumé des travaux sur le site printempsdelapsychiatrie.org)

Trois raisons principales pour notre TROPISME VERS LE Nouveau Front Populaire :

1/ Parce que la psychiatrie et pédopsychiatrie gardent en mémoire ce que la gauche réunie a apporté par ses décisions politiques à la psychiatrie humaniste.

Juste deux dates :

13 octobre 1937 – *Marc Rucart*, chef du Front Populaire dans les Vosges – il signe en tant que Ministre de la Santé la *Circulaire relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental*. C'est :

La création des DISPENSAIRES PSYCHIATRIQUES en ville !

La création du SERVICE SOCIAL au sein de ces dispensaires !

La création des SERVICES d'hospitalisation OUVERTS dans les hôpitaux et hospices des départements !

Peu après Rucart a encouragé la mise en place d'un *Plan national pour l'égalité de chacun face à la santé*.

Juillet 1982 – *Jack Ralite*, ministre de la Santé du Gouvernement Pierre Mauroy, fait établir le Rapport Demay – *Une voie française pour une psychiatrie différente*. Ce rapport a entériné et soutenu la modernisation de l'après-guerre de la psychiatrie et de ses dispositifs de secteur.

Peu après, Ralite a annoncé que la France ne classifiera plus l'homosexualité comme maladie mentale.

2/ Nous sommes résolument du côté de la tendance humaniste de la psychiatrie et pédopsychiatrie, qui tiennent ensemble les dimensions **psychique, biologique et sociale** de la personne en souffrance psychiatrique. Cela nécessite des approches plurielles. Et cela justifie le retour à la reconnaissance de la psychiatrie et pédopsychiatrie comme une **discipline médicale à part entière**.

Nous sommes obstinément opposés aux dérives sécuritaires de la psychiatrie et à une vision mécaniste et purement neuro-biologique, réduisant la souffrance à un dysfonctionnement du cerveau et ses circuits neuronaux – et à la vision de la psychiatrie comme une **spécialité médicale « comme les autres »**, évacuant la dimension subjective et l'histoire personnelle des individus.

Le maintien de la droite et du « centre » actuel, ou l'arrivée de l'extrême droite au pouvoir ne feraient qu'aggraver ces tendances sécuritaires et réductionnistes.

Les thématiques brûlantes en psychiatrie sont nombreuses : **Accès aux soins, la permanence du soin, financement destructeur, gouvernance hors-sol, management toxique, formation défaillante, psychiatrie en prison, risques du numérique, ratios insuffisants de professionnels, dérives d'isolements et de contentions mécaniques, irrespect des droits et libertés des personnes soignées... etc.**

Nous **avons une vision concernant ces sujets** et nous proposons de la partager avec vous.

3/ Mais avant tout, nous nous insurgeons contre l'abandon et la destruction en cours des services publics, en général et du champ de la santé en particulier. Avec ça, notre tropisme vers vous est évident.

Aujourd'hui, nous ne sommes pas étonnés que le Mairies signent les Arrêtés enjoignant l'État à assurer le service de Santé pour leur population. Lors de nos dernières Assises citoyennes nous avons réfléchi à la même démarche (Atelier 2). – (Un communiqué commun - Députés NFP & PrintempsPsy - a été rédigé à l'issue de cette réunion pour soutenir ces Maires en lutte.)

C'est pour ces 3 raisons principales que nous avons fait publier le 28 juin 2024 une **Tribune** dans le NouvelObs, où le Printemps de la Psychiatrie s'est engagé politiquement par l'appel à voter pour le NFP.

Je vous ai dit au début que notre Manifeste a été lu en 2019 et signé pendant une manifestation Place de la République, suivie d'une marche vers l'Assemblée Nationale (les députées Caroline Fiat et Martine Wonner sont venues à notre rencontre à cette occasion).

Aujourd'hui, **nous y sommes**, à l'Assemblée Nationale. Plutôt, nous y sommes à nouveau : au tout début de la précédente législature nous avons déjà rencontré des députés de la NUPES.

Il y a une certaine cohérence et obstination dans notre démarche et nous espérons vous donner l'envie, l'élan de travailler avec nous pour vous aider à travailler sur **les textes de refondation législative à travers une « loi cadre » dont la psychiatrie et pédopsychiatrie d'aujourd'hui ont besoin**.

Vu l'évolution en cours de la situation politique (nomination de Michel Barnier au lieu de Lucie Castets), ce n'est peut-être pas pour demain, ... mais pour après-demain ?

Serge KLOPP, représentant du PCF

Comme tout le monde le constate, la psychiatrie française est sinistrée.

C'est dû à une réduction constante de moyens depuis plus de 50 ans, à une multiplicité de Lois qui font qu'il ne subsiste rien de ses fondements, associées à la conception hégémonique de la psychiatrie fondée exclusivement sur la dimension biologique et comportementale, à l'exclusion de la prise en compte des dimensions psychiques et sociales de la personne, aboutissant à une psychiatrie déshumanisée.

Notre dispositif de Secteur était pourtant une référence que le monde entier nous enviait, dont le modèle selon nous reste valable dans ses fondements philosophiques. C'est pourquoi nous proposons de refonder la Psychiatrie de Secteur autour d'une Loi cadre.

Mais le Secteur c'est quoi ?

L'ensemble du territoire est découpé en Secteurs géo-démographiques d'environ 75000 habitants.

Ils devaient être suffisamment étendus pour que chaque Secteur (avec les moyens humains disponibles en 1960 !) puisse disposer d'un dispositif impliquant au minimum, un Centre médico-psychologique (CMP), un Hôpital de jour (HDJ) et des lits d'hospitalisation.

Il devait être suffisamment restreint pour garantir la continuité des soins, car plus le lieu de soin est éloigné, plus il y a risques de rupture de soins.

Chaque Secteur a l'obligation de prendre en charge toutes les demandes de soins psychiques de la population de référence, le patient ayant par contre le libre choix de son lieu de soins.

Il a été fondé sur la continuité des soins de prévention, de cure et de postcure par la même équipe.

Si l'asile ne prenait auparavant en charge que les plus malades dans les asiles, le secteur doit lui répondre à toutes les souffrances psychiques, des plus graves aux plus bénignes, pour l'essentiel dans la cité en ambulatoire, l'hospitalisation n'étant plus qu'une modalité parmi d'autres, temporaire, pour certains patients le nécessitant.

La psychiatrie publique est passée de l'aliénisme à la santé mentale.

La continuité reposant non plus sur la contrainte et l'internement, mais sur la qualité du lien relationnel tissé entre chaque patient singulier et les soignants. On sait que la continuité des soins est essentielle et que les ruptures de soins ont souvent des conséquences dramatiques, se traduisant parfois (rarement) par des passages à l'acte hétéro-agressifs, mais le plus souvent des passages à l'acte suicidaires (6 fois plus fréquents qu'en population générale). Ce qui implique une responsabilité accrue des soignants vis-à-vis des patients et de la population pour créer les conditions de ce lien. De ce fait, la dimension relationnelle du soin en psychiatrie doit être toujours prépondérante, quelle que soit la technique employée.

La réduction des moyens (en lits, en structures ambulatoires et en personnels) a entraîné une succession de tris parmi les patients. Aujourd'hui, seuls les plus malades sont éligibles à une prise en charge par le Secteur, et cela après souvent des mois d'attente pour un premier rendez-vous. Les autres sont renvoyés vers le libéral, la plupart vers le généraliste qui va se contenter d'un traitement

à vie. Raison pour laquelle la France est en tête de la consommation de psychotropes, sans pour autant soulager à terme les patients.

Mais même pour ceux qui sont éligibles, la continuité des soins est remise en cause. Puisque, au nom du parcours de soins, les patients stabilisés sont exclus du suivi au long cours en CMP ou en CATTP, le généraliste devant prendre le relais avec éventuellement un étayage du médico-social. Peu importe qu'ils soient stabilisés justement parce qu'ils bénéficient de ce suivi. Le film « Sur l'Adamant » l'illustre parfaitement : d'après la loi, quasiment aucun des patients vus dans le film ne devraient continuer à bénéficier de ce lieu.

Pour répondre aux besoins de la population, il ne suffit pas d'augmenter les moyens pour permettre l'accès aux soins à tous, encore faut-il que ce soin soit de qualité et repose sur la qualité du lien relationnelle entre le patient et les soignants. Ce qui implique que les soignants soient formés à la psychopathologie et à la relation, qui est différente de la communication.

Mes Camarades vont largement expliciter ce point.

Dans ce sens nous proposons de construire cette loi-cadre autour de quelques axes fondamentaux :

La Psychiatrie de Secteur a pour mission de service public d'assurer dans le champ de la santé mentale, la continuité des soins de prévention de cure et de postcure.

Il doit répondre à toutes les souffrances psychiques des plus graves aux plus bénignes. Cela signifie qu'on arrête le tri des malades. La continuité des soins redevient un élément essentiel de la qualité des soins, pour éviter notamment les passages à l'acte suicidaires et hétéro-agressifs.

Le territoire des Secteurs est ramené à une zone géodémographique d'environ 75000 habitants.

Cela permet de retrouver une proximité dont on sait qu'elle est un gage de la continuité des soins.

La psychiatrie n'est pas une spécialité médicale comme les autres mais une discipline spécifique.

Le Secteur est de ce fait un parcours de soins spécifique au champ de la santé mentale.

Ce qui exclut les logiques de séquençage de la maladie et de segmentation des prises en charge.

Le Secteur est fondé sur la complémentarité, la coopération et la collaboration avec les partenaires du Sanitaire, du Social et du Médico-social, et de l'Education Nationale pour la pédopsychiatrie. Il développe un travail dans la Cité avec les élus, les CLSM, le tissus associatif et culturel.

Ce travail de partenariat est financé à hauteur des besoins au travers du budget des MIGAC.

Tous les soignants exerçant en psychiatrie doivent bénéficier d'une formation spécifique

Cette formation doit permettre d'appréhender les différentes approches théoriques qu'elles soient issues de la biogenèse, de la psychogenèse ou de la sociogenèse sans exclusive les unes des autres.

Ce qui implique :

- le rétablissement de l'Internat en psychiatrie.
- Pour la filière infirmière un diplôme en chandelier avec une option psychiatrie. Les primo-arrivants devant effectuer un stage complémentaire associant immersion dans les unités et

enseignement théorique aux approches bio, psycho, sociales. Les études de la filière infirmière sont rémunérées sur la base de 90% du 1^{er} échelon du grade.

La psychiatrie fait l'objet d'une ligne budgétaire spécifique dans les comptes de la Sécurité Sociale.

Cela permet de suivre l'évolution en Euros constants des moyens alloués, à commencer par les moyens supplémentaires pour mettre en œuvre cette Loi.

Un Bureau de la psychiatrie et de la Santé mentale est rétabli dans les services du Ministère de la Santé

Cela permet d'avoir des interlocuteurs qualifiés lorsque les acteurs de la psychiatrie s'adressent au Ministère, évitant d'être reçus par un dentiste ou un démographe.

Catherine SOULET, psychiatre : « Hors sens dans notre pratique quotidienne des soins »

Je suis psychiatre hospitalier. Je travaille dans un centre médico psychologique et suis responsable d'une unité de soins et d'hébergements à Paris.

Le dimanche, je suis parfois d'astreinte à l'hôpital, cela fait partie « de nos missions » de continuité des soins et cela permet des liens entre les soignants des structures extra hospitalières et intra-hospitalières.

Je voudrais partager avec vous « mes » 3 dimanches du printemps 2024.

1/ Le dimanche et la mort

J'arrive dans le service, 2 infirmières vacataires sont dans le bureau de soins « il n'y a pas de certificat à faire, pas d'entrée, rien de particulier », me dit-on.

Dans le couloir, l'ASH, qui travaille depuis plusieurs années dans le service, m'interpelle « tu as su pour le mort hier ? »

Un monsieur peu connu du service, qui n'avait pas de logement, était mort la veille à 20h. Le Samu avait été appelé immédiatement, la réanimation tentée, fut inefficace. Cela arrive que les gens meurent à l'hôpital, mais c'était un fait nouveau que cela puisse être passé sous silence « comme un non évènement ».

En même temps, difficile de se sentir concerné par la mort de quelqu'un qu'on n'a jamais vu !

Une réunion fut faite avec les patients de l'unité, des questions furent posées :

- De quoi était-il mort?
- Qui allait s'occuper de son chien?
- Y avait-il de la famille, avait-elle été prévenue?

Des phrases partagées qui amenaient un peu d'humanité. Eux l'avaient rencontré, fumé une cigarette avec lui la veille, des fois cela suffit pour lier connaissance.

2/ Le dimanche et la tournée

Il y a pratiquement dans tous les services de psychiatrie adulte des chambres nommées CSI, « chambre de soins intensifs ». Ce sont des chambres fermées de l'extérieur avec des lits fixés au sol.

Le plus souvent, le pyjama est en papier « évitant tout passage à l'acte suicidaire ». Elles sont utilisées pour prévenir tout risque de violence si on pense que le patient peut s'agiter. La loi demande à ce qu'un médecin signe cette décision toutes les 12 heures.

Quand on arrive le dimanche en tant que médecin, « on fait la tournée des CSI » avec une équipe de 4 à 6 hommes soignants « prélevés » dans tous les services.

L'entretien, quand il est possible, a donc lieu dans cette « chambre », nous sommes tous debout autour du lit.

Ce dimanche là, les différents patients étaient sédatés, endormis par leurs traitements qui rendent aussi l'isolement plus supportable (la poule de l'œuf, l'œuf de la poule ?).

Ce dimanche, j'ai donc été amenée à prolonger la demande d'isolement pour 6 personnes avec qui je n'avais pas pu avoir de véritable entretien clinique. La décision se prend aussi en fonction du nombre de soignants dans l'unité et du nombre de vacataires parmi ces soignants.

Je repars en m'interrogeant sur la place que j'occupais dans ce système.

Une petite voix me parlait « de lâcheté morale », je n'étais pas fière.

3/ Le dimanche et la violence

Il casse les carreaux de la porte d'entrée, il crie, il est jeune, hospitalisé depuis peu. Il tient des propos très désorganisés.

Je ne connais personne, les jeunes soignants vacataires se tiennent à distance, ils ont peur, moi aussi, cela fait 5 minutes que je suis arrivée dans le service.

Il continue à frapper, se faisant mal, je ne trouve pas les mots, je n'arrive pas à m'approcher. A ce moment là, arrive un vacataire rencontré un dimanche précédent, il arrive, me sourit, se met à mes côtés.

Nous sommes 2 avec un petit passé commun, un embryon d'équipe, cela suffit ce jour-là à rentrer en relation avec ce monsieur qui accepte de s'asseoir avec nous dans un bureau et échanger sur les voix qui le submergent.

Il parle mal le français, a traversé le Maroc, l'Espagne pour arriver en France seul où il a vécu à la rue. Il n'avait jamais été malade avant.

Ces 3 dimanches m'ont éprouvée : mort, silence, lâcheté, peur, violence, solitude.

J'ai perdu le sommeil m'interrogeant sur la place que j'occupais dans ce système qui perd ses principes soignants évoqués par mes collègues.

J'ai à mon tour cherché un psychiatre pour prendre pour la première fois de ma vie un arrêt de 10 jours, liés directement à ma souffrance au travail.

Patrick CHEMLA, psychiatre honoraire : « Pratiques et culture du soin »

Je me présente : Patrick Chemla, psychiatre retraité depuis novembre 2023, ayant travaillé pendant près de 50 ans, avec une passion intacte pour une pratique humaine de la psychiatrie de secteur, mettant en avant les soins psychiques et le travail du Collectif au Centre Artaud de Reims. Je continue par le biais de supervisions et de formations à soutenir les jeunes collègues qui le demandent. Je milite avec d'autres depuis longtemps à Reims avec La Criée, association locale créée dès 1985, et nationalement, d'abord avec le Collectif des 39, puis avec le Printemps de la Psychiatrie pour limiter la casse de la psychiatrie publique, et permettre une relève des générations pour reconstruire un service public de qualité. Je pense que vous savez tous que la psychiatrie est sinistrée, et qu'il ne suffira pas d'injecter de l'argent et des postes pour la rendre attractive, et faire venir des professionnels. Bien sûr les moyens manquent, et de plus en plus les professionnels fuient ou se mettent en arrêt, ce qui conduit à des fermetures de lits, et rend le travail de plus en plus difficile pour ceux qui restent. Un cercle vicieux difficile à enrayer.

Il me faut donc insister sur la qualité du travail et des formations initiales et continues indispensables pour remonter la pente.

Nous insistons donc sur les soins psychiques, couplés à la sociothérapie, ce qui n'exclue absolument pas l'aide de médicaments lorsqu'ils aident à la relation. Ces soins supposent aussi le travail en collectifs de travail pluridisciplinaires. Je précise que pour nous, le Collectif intègre tous ceux qui sont concernés par les soins, y compris les patients. Et que cela nécessite un travail de remise en cause de la hiérarchie verticale, et de promotion d'une « hiérarchie des compétences »(Oury) par la mise en acte d'échanges démocratiques dans la vie quotidienne. Ce qui implique de construire un support pour les collectifs de soins par le biais de réunions, d'échanges multiples, de groupes y compris par le biais associatif. Et que les patients puissent aussi s'organiser pour prendre la parole et défendre leurs droits dans des associations indépendantes comme Humapsy.

Il est important de souligner que ces principes d'une psychiatrie sociale et relationnelle avaient permis depuis la deuxième guerre mondiale une transformation considérable de l'ancien Asile, et la création de lieux de soins ambulatoires au plus près du domicile, grâce à la mise en place de la psychiatrie de secteur dont vous a parlé Serge Klopp.

Je ne vais pas répéter le récit de la destruction de cette politique, que Serge Klopp vient d'évoquer, et la nécessité d'une refondation juridique d'une loi cadre pour le service public de psychiatrie, pouvant d'ailleurs s'articuler avec la réforme nécessaire du service public de santé réclamée par le CIH et bien d'autres.

Je voudrais insister sur quelques points actuels :

Il est important de recueillir les plaintes, mais aussi d'imaginer une reconstruction qui suppose un travail ensemble sur la durée, en intégrant les patients et les familles, mais aussi la population qui plébiscite les séries comme « En thérapie », les films récents de Nicolas Philibert dont le succès est même international, et plébiscite fort peu une psychiatrie réduite à une distribution de médicaments, ou à des contentions. Certes il y a une demande sécuritaire à chaque fois que se produit un passage à l'acte commis par un patient. Mais on ne peut construire une alternative basée sur des lieux fermés et des contentions qui ne font qu'exacerber la violence.

Le principe organisateur devrait être le soin libre, et cela présuppose un travail dans la Culture : au lieu de viser la réduction des symptômes au plus vite, prendre la mesure de ce qu'entraîne « **une crise de folie** » dans une famille, dans un environnement. Dimanche encore une représentante des familles (le Fil Conducteur) évoquait ce surgissement comme un « **tremblement de terre** ». Il nous faut transmettre cet « *enseignement de la Folie* » (Tosquelle), qui est avant tout une crise existentielle pouvant concerner la plupart d'entre nous en fonction des circonstances. Il n'y a pas de remède simple aux catastrophes de l'existence : on ne peut que se former au long cours à l'accueil de la souffrance psychique, en prenant en compte l'environnement concerné. Aujourd'hui les formations initiales allant dans cette direction ont presque toutes disparu au profit de formations simplistes et faussement rassurantes, conduisant à une « psychiatrie animalière ». Nous œuvrons pour beaucoup à la formation continue dans les établissements, même si nous sommes à contre-courant du simplisme actuel et des croyances dans des dispositifs d'Intelligence Artificielle, laissant croire à la possibilité de se dispenser de la relation humaine.

Je voudrais insister pour conclure : il est important de savoir et de faire savoir qu'il persiste des lieux de soins, qui avec les moyens du bord, résistent à cette destructivité lorsqu'ils ne sont pas fermés par une tutelle ; attirent patients et familles, maintiennent une attractivité pour les soignants également. Rien à idéaliser, mais la possibilité de points d'appui concrets pour une psychiatrie de secteur basée sur les soins psychiques, que nous vous proposons de reconstruire lorsque la gauche aura la possibilité politique d'y œuvrer.

Florent LANGLOIS, psychologue : « La parole et les psychologues »

Je suis psychologue clinicien au sein d'un Centre Médico-psychologique (au Centre Antonin Artaud) et d'une Unité d'admission en psychiatrie adulte (unité François Tosquelle) à Reims. Je souhaiterais de ma place vous interroger plus spécifiquement au sujet du temps et de la valeur accordés aujourd'hui à la parole de l'autre, dans les soins psychiques et ailleurs, et ce à différents niveaux.

Je pense avant tout à la place donnée à la parole des patients. Dans tous les domaines, mais plus particulièrement dans les soins psychiques, les patients ont leur mot à dire sur les soins qu'ils reçoivent, et sur les décisions qui concernent non pas un soin ultra-technicisé et savant, mais plus fondamentalement leur vie et leur existence. Car c'est ce qu'on soigne en psychiatrie, ce n'est pas tant le cerveau comme le voudrait la cérébrologie (j'emprunte la formule à Mathieu Bellahsen), mais bien le psychisme, que d'autres iraient jusqu'à nommer « l'âme ». Le soin psychique, c'est accompagner quelqu'un dans sa détresse existentielle, alors si l'on ne prend pas le temps de s'intéresser à ce qu'il en pense, on passe à côté de sa singularité, de son humanité, et on lui propose une réponse standardisée et protocolaire. Hélas, peu à peu, cette parole du patient, j'observe que mes collègues à l'hôpital n'ont plus le temps d'y accorder l'importance qu'elle mériterait, face à la surcharge liée aux sous-effectifs, aux procédures sécuritaires, aux démarches administratives et au traçage informatique perpétuel. Dans d'autres lieux encore, la parole de l'autre est même devenue insupportable, amenant notamment à multiplication banalisée des contentions physiques et chimiques. Alors même que, d'un autre côté, des investissements massifs sont réalisés dans la recherche en e-santé (applications de suivi de l'humeur et de coaching, intelligences artificielles

diverses aux réponses algorithmées), la part accordée à l'écoute de l'humanité de l'autre semble rétrécir et se virtualiser...

Plus personne n'a le temps de se parler. Et pourtant, lorsqu'on prend vraiment le temps de se réunir, de s'écouter et de décider ensemble dans les lieux collectifs de soin, étonnamment, ça soigne tout le monde ! Ce sont des pratiques qui peuvent prendre mille formes : réunions soignants-soignés, clubs thérapeutiques, réunions cliniques, réunions de services... Quand on se parle véritablement, qu'on décide ensemble, c'est du soin relationnel pour tous. On peut en mesurer les effets bénéfiques à la fois pour les patients dans leurs soins, car on écoute vraiment leur voix, mais aussi en ressentir les effets de sens pour les soignants, qui créent par cela de la relation entre eux (sentiment d'équipe) et aussi avec les patients, relations parfois houleuses, souvent constructives, toujours humanisantes. Mais la rencontre avec l'autre prend du temps, du temps...

Et prendre son temps, c'est une culture de travail qui s'apprend, un travail clinique minutieux, réalisé petit à petit, sur le long cours, loin des carcans managériaux actuels et des exigences de vitesse et de rentabilité, et donc - on y revient - un enjeu essentiel de formation aux soins relationnels qu'il s'agit de défendre et de réinvestir.

Parallèlement, cette question du temps de la discussion, et plus précisément de la discussion démocratique, a été ces dernières années abîmée partout en France, certes dans les lieux de soins avec les patients, entre soignants, ou entre soignants et direction, mais plus largement jusqu'aux plus hauts niveaux de l'État, au Parlement aussi, et l'on en ressent les effets partout. Ce qui m'amène à vous parler de la question plus spécifique des psychologues.

En réponse à la dégradation de la santé mentale des Françaises et Français, notamment dans la suite de la période Covid-19, une solution a été mise en avant lors des Assises de la santé mentale de septembre 2021 : la proposition de remboursement des séances de psychologie, dans le cadre d'un dispositif qui a changé de nom à plusieurs reprises : Monpsy, Monparcourspsy, aujourd'hui Monsoutienpsy. Je ne vais pas vous retracer toutes les étapes de modélisation et d'ajustement du dispositif, aujourd'hui déployé, mais plutôt relever ici l'absence de temps, de temps de discussion sur sa création avec les organisations représentatives des psychologues (style de travail macronien typique), amenant encore à ce jour à un boycott massif du dispositif par les psychologues. La Convergence des Psychologues en Lutte pourra vous parler prochainement (le 1er octobre) de la façon dont les psychologues ont été traités par le gouvernement ces dernières années, et particulièrement autour de ce dispositif, de même que de la tentative répétée de création d'un ordre des psychologues (proposition de loi d'Eric Pouliat (Renaissance) et d'une association ultraminoritaire ACoPsy) rejetée par la grande majorité des organisations de psychologues.

Concernant MonSoutienPsy, a priori, l'idée ne paraissait pas absurde, y compris du point de vue des psychologues : un accès gratuit pour tous à des séances de soutien psychologique et de psychothérapie en libéral, sans condition de ressources ou de statuts. Mais dans sa concrétisation, et malgré les modifications diverses, plusieurs problèmes persistent : les patients sont triés (troubles légers à modérés, pas les autres), le nombre de séances est limité à l'avance (alors même que la durée d'une psychothérapie ne s'anticipe pas) et au-delà, pour maintenir la gratuité... c'est renvoi vers le service public.

Donc ce sur quoi je souhaiterais plutôt insister, c'est que cet accès libre et gratuit aux psychologues... existe déjà dans le service public !, et ce notamment dans les Centres médico-psychologiques déployés partout sur le territoire, et plus largement dans les CMPP et d'autres dispositifs du sanitaire et du médico-social. Ces dispositifs, vous l'aurez bien compris, sont dans un état déplorable et avec des listes d'attente honteuses et décourageantes. Pourtant, à ce jour, les organisations de psychologues estiment qu'avec le budget consacré au dispositif MonSoutienPsy, 4000 postes de psychologues pourraient être créés (certes au niveau de salaire ridiculement faible de la Fonction publique hospitalière, mais c'est déjà ça).

La suppression simple du dispositif et la redirection du budget dégagé vers le service public, c'est d'ailleurs la piste qu'avaient proposée les députés Sébastien Peytavie (Ecologistes) et Pierre Dharréville (PCF) dans le rapport d'information concluant les travaux du « Printemps social de l'évaluation » en juin 2023. C'est pourtant l'avis du troisième rapporteur Eric Alauzet (Renaissance), qui privilégiait de son côté le recours aux libéraux dans des conditions tarifaires plus hautes, qui a été retenu, malgré une fois encore le boycott massif du dispositif. Y aurait-il là une marge de manœuvre dans le PLFSS 2025 pour réorienter, sans coût supplémentaire a priori, le budget consacré à MonSoutienPsy vers le financement de postes de psychologues en psychiatrie ?

La place des psychologues au sein des équipes soignantes, en psychiatrie ou ailleurs, est toujours bénéfique, et pas seulement pour les patients qui trouvent en eux des alliés dans l'expression de leur singularité. En effet, les psychologues contribuent aussi au travail du collectif de soin, de par leur capacité d'analyse institutionnelle notamment (avec des supervisions par exemple), et peuvent soutenir l'effort de formation interne aux soins psychiques auxquels ils ont (pour la plupart) été formés, alors même que l'on déplore le manque de formation à cette question de la plupart des autres professionnels du soin. Renforcer leur présence dans les CMP plutôt que financer les libéraux, c'est ainsi contribuer à un renforcement de la qualité du service public offert aux patients et un gage de professionnalisation des autres soignants qui, pour le moment, apprennent sur le tas cette pratique si spécifique et non-improvisable du soin psychique.

Florence HARANG, éducatrice spécialisée : « La situation de la pédopsychiatrie »

Je me présente je me nomme Florence Harang, je suis éducatrice spécialisée avec une expérience de 24 ans en pédopsychiatrie je participe au mouvement du printemps de la psychiatrie depuis un an et suis depuis quelques années militante au syndicat Sud Santé Sociaux.

La pédopsychiatrie n'échappe pas à la destruction des services public actuels qui a un impact particulièrement dramatique pour la population.

Les alertes répétées, les mouvements sociaux successifs restent sans effet, nos gouvernants y sont sourds mais très actifs pour continuer ce démantèlement.

Des CMP, des CATTP, des Hôpitaux de jour ferment faute de pédopsychiatres ou de soignants. La pédopsychiatrie est déserte par les médecins, parfois victimes d'injonctions managériales non compatibles avec leur éthique ou encore peu attirés par cette spécialité y préférant des surspécialisations dans les neurosciences.

Nous notons que, dans certains territoires, des CMP ont été arbitrairement transformés en lieux de diagnostic. Le diagnostic, certes nécessaire, est privilégié aux dépens parfois des lieux de soins. N'oublions pas que le diagnostic n'est pas thérapeutique : il peut soulager, rassurer, ou déstabiliser, effrayer des familles. Une orientation en découle, mais la continuité des soins n'est pas assurée. Les lieux de diagnostic indiquent des états de fait, mais ne propose pas de soins proprement dit. Cette façon de catégoriser nos jeunes génère du tri social.

Sur le terrain, les équipes pluridisciplinaires tentent de pallier au mieux à cette pénurie mais constatent que la population en souffrance se décourage d'une réponse trop légère à la problématique de leur enfant ou adolescent dont la gravité les déstabilise. Les listes d'attente sont longues et les familles isolées se découragent.

S'y ajoute, lorsque les situations deviennent complexes et mettent en danger leur enfant ou adolescent, un manque de lieux d'hospitalisations adaptés, et parfois le maintien à domicile est dramatique.

Le décret de juin 2021 demandant à ce que les jeunes de 16 à 18 ans soient pris en charge par la pédopsychiatrie est certes une avancée, mais sans moyens humains financés, cette décision ajoute de la fragilité aux services déjà en péril.

Cette politique, qui propose aux familles des allocations pour compenser le handicap de leur enfant ou adolescent, mais qui ne répare pas ses défaillances en renforçant ses services, crée un malaise social de plus en plus aigu.

Ce système néo-libéral crée de l'insécurité socialement en privant les familles d'accès aux soins pour leur enfants ou adolescents.

La question de la surmédicalisation des jeunes s'explique aussi par la disponibilité insuffisante pour comprendre et accompagner de façon approfondie les diverses problématiques que les enfants et les jeunes traversent dans leur famille.

Du fait de leurs troubles psychiques et de ses conséquences en grand groupe, des enfants ou des adolescents sont exclus partiellement ou complètement de l'école.

Nous tentons de répondre au mieux à l'ensemble des situations, mais sommes confrontés parfois à une multiplicité de difficultés et une carence des services élargie dans les secteurs de l'éducation nationale et de la protection de l'enfance.

En interne, dans les services de soin, s'ajoutent des recommandations de la HAS fort éloignées des préoccupations du terrain où la question du « patient-traceur », de l'hygiène (nécessaire mais pas suffisante), ou encore de la connaissance des acronymes, valident (ou pas) la certification.

Nous sommes confrontés à des problématiques bien au-delà de ces considérations pragmatiques.

Ainsi la question de la relation thérapeutique avec ce public fragile et en souffrance est écartée.

Il s'agit de les rééduquer, de les diagnostiquer et de les traiter. La formation des infirmiers a changé depuis 1992, ce qui participe grandement au renforcement de l'intérêt porté à la technicité plutôt qu'à l'aspect relationnel de nos métiers.

L'éducateur spécialisé, formé à la relation, ne peut que s'alarmer de la dégradation des missions de chacun. Nous assistons presque impuissants à une exclusion d'une catégorie de la population ; cet abandon est révoltant.

Sans apport clinique, nous risquons de perdre aussi le sens de nos métiers, ce qui les rend aussi moins attractifs. Nous refusons d'être des contrôleurs sociaux : notre métier consiste à accompagner les individus quelque soit leur degré de fragilité.

Il est urgent de stopper cette déshumanisation programmée dans nos services à vocation soignante grâce à des équipes pluridisciplinaires engagées.

Les syndicats présents sur le terrain se confrontent, malgré la mobilisation des personnels qui veulent une qualité et une reconnaissance de leur spécificité, à une direction dans les hôpitaux peu sensible à leurs arguments, des services peuvent fermer en pédopsychiatrie sans que les conséquences pour la population soient prise en compte.

Il est important de lutter contre la destruction de nos services en pédopsychiatrie pour que les enfants et adolescents en souffrance ne continuent pas d'être ainsi abandonnés. Il faut des moyens humains, mais aussi retrouver une approche plurielle et humaine pour les accompagner.

La pédopsychiatrie souffre comme souffrent des enfants, des adolescents et des familles que nous rencontrons. Une réelle conscience et réflexion sur nos possibilités pour les soulager est urgente si l'on veut stopper l'hémorragie sociale actuelle.

Delphine GLACHANT, psychiatre

Mes collègues vous l'ont dit : la psychiatrie vit une catastrophe. Les patients, enfants, adolescents et adultes, leurs familles, les professionnels vivent des catastrophes quotidiennes.

Les éléments fondamentaux vous ont été rappelés : la psychiatrie de secteur permettant proximité et continuité des soins, l'influence de la psychothérapie institutionnelle qui a permis la réhabilitation psychosociale des patients dès la 2e guerre mondiale mais aussi la nécessité de temps : temps long pour soigner, pour se soigner, temps long pour les thérapies, que ce soit la sociothérapie ou la psychothérapie, temps pour se réunir entre professionnels, pour s'écouter et se parler. Le temps du soin humain.

Plusieurs erreurs ont fait advenir cette catastrophe :

1. Le **sous-financement** dont a pâti la psychiatrie publique depuis le début des années 2000. La part de l'ONDAM qui lui était destinée est restée inférieure à l'inflation pendant des années alors que la psychiatrie privée se taillait la part du lion, permettant de développer les cliniques. Il n'y a qu'à voir le nombre de nouvelles cliniques ou leur extension. Parfois on rase un bâtiment de l'hôpital pour construire à sa place un établissement privé.

Ce sous-financement a notamment eu comme conséquence de ne pas embaucher les professionnels nécessaires à la hausse des demandes.

Ratios de soignants ? Proposition travaillée par le CIH, à faire passer lors d'une niche parlementaire ?

Depuis 2018, des efforts budgétaires ont été faits mais sous forme de financements de niche qui ont favorisé la création d'unités hyperspecialisées et le détricotage du secteur.

2. Les **choix d'orientation** : différents courants théorico-cliniques ont toujours traversé la psychiatrie, certains parlent de guerre de chapelle, ce n'est pas nouveau. La psychanalyse fut un temps hégémonique, elle est maintenant combattue par les pouvoirs publics, par les universitaires, par les lobbys, qui imposent les neurosciences, exclusives pour certaines pathologies. La problématique de FONDAMENTAL...

Ceci a des conséquences fortes sur les formations des personnels, qu'ils soient infirmiers, psychologues et psychiatres. Formation au rabais sur la psychopathologie.

Ce qu'il faut pour la psychiatrie :

- **Du personnel en nombre pour constituer des équipes pluriprofessionnelles** : infirmiers, psychologues, psychiatres, aides-soignants, assistants sociaux, ergothérapeutes, psychomotriciens, art-thérapeutes, orthophonistes, éducateurs, secrétaires, ASH. Ces personnels doivent être en sécurité dans leur emploi, donc fonctionnarisés. Les salaires des PNM doivent être revalorisés et le salaire des médecins unique, selon les grilles de PH. Disparition du contrat de type 2 et des intérimaires.

- **Une priorité pour la pédopsychiatrie. La fin des plateformes d'orientation et de diagnostic**, qui ont été créées depuis quelques années, amènent de la rupture dans les soins, qui sont pris en charge par le libéral et sont fractionnés.

- **Des formations initiales et continues plurielles**, sans exclusivité de telle ou telle approche théorico clinique. Pour les internes, il faut trouver un équilibre entre stages en CHU et stages en CHS/CH. Actuellement les programmes et parcours sont monopolisés par les universitaires.

- **La poursuite et le renforcement du dispositif de psychiatrie de secteur**. Les dispositifs plus spécialisés, s'ils peuvent être nécessaires et prisés, ne doivent pas absorber les budgets et les personnels qui prennent en charge la très grande majorité de la population. Les dispositifs spécialisés trient sur le volet les patients qui y sont reçus.

- **Les secteurs de psychiatrie doivent obligatoirement se conformer aux textes en vigueur concernant les droits des patients et le respect de leur dignité. Les Commissions des Usagers doivent comprendre des malades en leur sein, en plus des représentants des familles.**

- **L'accueil des familles doit systématiquement être pensé et mis en place.**

- **L'arrêt du financement à l'activité instauré en janvier 2023**, qui est à la fois très chronophage du point de vue du comptage, et nous met dans une logique de chiffre, comme dans le privé. L'arrêt des niches budgétaires. Tout cela favorise la concurrence entre les secteurs, les pôles et au sein des services.

- **Un changement dans la gouvernance de l'hôpital** : l'administration est au service des soins et non le contraire. Les projets de soins modulent les budgets et non l'inverse. Abrogation de la loi HPST. En finir avec les super structures que sont les GHT.

- **Il faut en finir avec le management actuel, qui infantilise, déresponsabilise, rudoie, « punit » ceux qui ne respectent pas à la lettre les injonctions de la direction.**
- **Penser l'organisation des soins au niveau d'un bassin de vie**, à l'échelle du CLSM. Favoriser les réseaux locaux, l'inscription dans la cité, selon principes de la politique de secteur. Les regroupements pensés dans les PTSM à l'échelle de 300 000 habitants sont beaucoup trop grands hormis les quelques grandes villes du territoire.
- Des obligations pour les établissements privés d'accueillir des personnes de toutes pathologies et de toutes catégories sociales, faute de quoi leur financement se verrait diminué.

Perspectives :

- **Continuer à travailler ensemble sous forme d'un groupe de travail régulier**
- **Demi-journée ou journée de rencontres sur la psychiatrie à l'AN**
- **Mission parlementaire**