

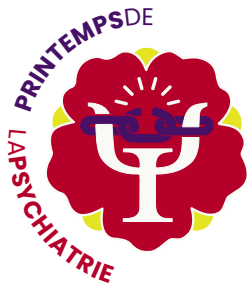
ACTES DU MEETING DU 28 MARS 2026

ORGANISÉ PAR LE PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE
À LA BOURSE DU TRAVAIL

**EXPERTISER
N'EST PAS SOIGNER.
QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S)
POUR DEMAIN ?**



**MEETING • 28 MARS 2026 CONFÉRENCE DE PRESSE • 18 MARS 2026
BOURSE DU TRAVAIL • PARIS MAISON DES METALLOS • PARIS**



LE PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE VOUS INVITE
SAMEDI 28 MARS 2026
BOURSE DU TRAVAIL PARIS MEETING
ENTRÉE LIBRE ET SANS INSCRIPTION DE 9H00 À 17H30

**« EXPERTISER »
N'EST PAS SOIGNER.
QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S)
POUR DEMAIN ?**

**#4 TABLES RONDES #4 THÉMATIQUES
#35 INTERVENTIONS #SCIENTIFICITE
#SOINS #FINANCEMENTS #DEMOCRATIE**



EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ? LES ACTES LE SOMMAIRE

CLIQUEZ SUR LE PROGRAMME POUR ATTEINDRE LES PAGES

**ALLOCUTION D'OUVERTURE
DU PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE** **P4**

TABLE RONDE 1 #SCIENTIFICITÉ **P7**
En quoi les discours et promesses de la fondation Fondamental, revendiquant un appui sur la science, sont illusoires et ne tiennent pas la route d'un discours critique et véritablement scientifique ?

TABLE RONDE 2 #SOINS **P20**
*Quelle idée restrictive et normative du soin est sous-jacente à cette proposition de loi, et quelles alternatives seraient désirables ?
En quoi cette loi ne fait qu'accroître la crise de l'accès aux soins ?*

TABLE RONDE 3 #FINANCEMENTS **P36**
En quoi cette proposition de loi, prétendument inscrite dans une démarche d'économie budgétaire, s'inscrit dans une vision néolibérale largement compatible avec la privatisation lucrative de la psychiatrie ?

TABLE RONDE 4 #DÉMOCRATIE **P49**
*En quoi la démarche-même des centres experts vient attaquer la démocratie et le service public, au bénéfice du marché financier et algorithmique ?
En quoi cette proposition de loi ne fait que démontrer l'absence de pilotage de la psychiatrie, résultant en un abandon des patients et des familles ?*

**CONCLUSION DE LA JOURNÉE SUR LE VIF
DU PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE** **P66**

ANNEXES **P67**

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE

LUE PAR

PATRICK CHEMLA,
*psychiatre, psychanalyste,
la Criée, Reims, membre de
l'USP*

DELPHINE GLACHANT,
*psychiatre de secteur,
Landerneau, vice-présidente
de l'USP*

CÉCILE NEFFATI,
*psychologue en psychiatrie
adulte, Draguignan, membre
du bureau de CPL*

Le Printemps de la psychiatrie est né en 2018 à partir d'une prise de conscience collective, de la part de soignants, patients, familles, de la dégradation accélérée des soins psychiatriques.

Aujourd'hui, le paysage de la psychiatrie publique ressemble à un vaste champ de ruines, où, malgré tout, les professionnels continuent le plus souvent d'accueillir les patients et leur famille du mieux qu'ils peuvent. Parallèlement s'est installée une autre forme de psychiatrie, axée sur le cerveau, dans la lignée de la psychiatrie biologique et comportementale des années 80-90. Ce courant, qui a largement séduit les pouvoirs publics et amalgamé les puissances financières, passe maintenant à l'offensive.

En préambule, nous tenons à préciser que nous allons souvent parler de psychiatrie adulte dans cette journée, mais il est évident pour nous que cela inclut la pédopsychiatrie et le médico-social.

Nous pourrions ajouter que nos collègues en charge des enfants ont une longueur d'avance en termes de réorganisation des soins. Les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) étant déjà à l'œuvre.

Et leurs effets déjà observables :

- 1] appauvrissement** du travail clinique par l'introduction d'une évaluation mécaniste, cognitivo-comportementale, neuro-essentialiste (TND) ;
- 2] privatisation et libéralisation** du soin ;
- 3] siphonnage des moyens** de la psychiatrie publique de secteur ;
- 4] éclatement de la prise en charge** accentuant l'incohérence diagnostique.

Entre le 18 et le 23 novembre 2025, dans le cadre du PLFSS, un amendement sénatorial, le 159 pour le numéroter, a été débattu au Sénat. Amendement s'inscrivant dans la droite ligne des déclarations formulées peu avant, le 8 octobre, par le président de la HAS considérant que certaines recommandations de la HAS mériteraient d'être opposables, notamment celles relatives à la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme chez l'enfant et l'adolescent, ou encore relatives au psychotraumatisme. Opposabilité portant sur les méthodes employées en matière de soins psychiques.

Et les récentes recommandations (datant du 12 février) de la HAS relatives aux « troubles de l'autisme : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent » classant la psychanalyse parmi les interventions non recommandées, nous démontrent la consistance du projet.

L'amendement 159 donc, ne proposait rien de moins que de dérembourser toute pratique s'inspirant de la psychanalyse.

La réaction fut pour le moins massive, les communiqués nombreux, n'émanant pas des seuls psychanalystes, dénonçant :

- et la visée partisane de cet amendement,
- et la non-concertation avec les professionnels et usagers concernés,
- et l'absurdité du propos : la psychanalyse stricto sensu n'étant pas remboursée mais inspirant nombre de techniques de soins,
- et les arguments scientistes fallacieux, ceci démontré par de nombreuses publications,
- et les conflits d'intérêts,
- et et et

Une pétition, initiée par le SNP, recueille plus de 100.000 signatures.

Le 23 novembre 2025, au Sénat, cet amendement est présenté puis retiré, sans débat, ni vote. La mobilisation a eu son effet. De plus, il pourrait porter atteinte au choyé dispositif MonSoutienPsy comme le relève la rapporteuse générale de la commission des affaires sociales. La ministre de la santé, Stéphanie Rist, présente l'avis du gouvernement qui est de retirer cet amendement parce que « le PLFSS n'est pas le bon outil pour cet amendement ». Autrement dit, les arguments qui le sous-tendent sont critiqués sur la manière stratégique de les amener, pas sur le fond. La sénatrice porteuse de l'amendement le retire mais prévient que « le combat va continuer ».

Et en effet, 2 jours plus tard, nous prenons connaissance de l'existence de la PPL sénatoriale 385 (déjà déposée depuis février 2025). Celle-ci vise l'intégration des centres experts dans le code de la santé publique en complément de l'offre conventionnelle de la psychiatrie de secteur. Ceci implique leur intégration au système hospitalier, leurs missions sanitaires et de recherche, et cela leur permet de bénéficier de financements publics afférents. Cette PPL ouvre la voie à la montée en puissance des centres experts, et à leur position directrice dans cette nouvelle perspective.

Là encore, la réaction est importante. Le lobbying de groupes privés qui inspire cette PPL est dénoncé. Une pétition est lancée par la revue l'Évolution psychiatrique qui recueille plus de 27.000 signatures à ce jour.

Et pourtant, cette PPL n'est-elle pas plus dangereuse que l'amendement 159, à bien des égards ?

Le format déjà : une PPL ça pèse plus lourd qu'un amendement.

Le contenu ensuite : on parle là d'une réforme en profondeur de la psychiatrie publique.

En effet, elle instaurerait trois niveaux d'accès aux soins.

Un premier niveau avec les médecins généralistes, les psychiatres, psychologues et infirmiers libéraux ;

Un deuxième niveau avec les structures publiques généralistes (Centres Médico-Psychologiques, hôpitaux de jour, Centres d'Accueil et de Crise) ;

Un troisième niveau avec les centres universitaires, les centres experts et centres spécialisés (traumatisme par exemple).

Courant décembre, devant la levée de boucliers, la PPL 385 est réécrite par certains sénateurs. Comme des enfants pris la main dans le pot de confiture, ils retirent la référence trop explicite à FondaMental. Il faut dire que certains sont très proches de FM. Monsieur Alain Millon, par exemple, en était administrateur.

Cette PPL ne vise plus explicitement à « intégrer les centres experts en santé mentale dans le code de la santé publique ». La nouvelle mouture insiste désormais, sur la reconnaissance du « rôle des acteurs assurant des soins de troisième recours en psychiatrie ». Ce modèle, calqué sur la médecine somatique, relève d'« acteurs spécialisés dans la prise en charge de certaines pathologies ». Les soins de 3^{ème} recours doivent donc permettre aux psychiatres référents de « disposer d'un avis expert complémentaire », comme le justifie la rapporteuse de cette nouvelle version de la PPL. Elle estime important de « répondre à l'impératif de gradation des soins ».

En médecine somatique, les 3 niveaux de gradation des soins se justifient car ils correspondent à des patients souffrant de pathologies de plus en plus compliquées à soigner.

Mais en psychiatrie, qui s'occupe des patients présentant les pathologies les plus complexes, les plus instables, dans la durée, dans toutes les phases du soin ? Les équipes de secteur bien sûr !

C'est justement cet impératif posé comme un postulat, un acquis, que nous allons interroger aujourd'hui. Cette logique de soins de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} ligne.

Cette structuration en « fusée » du soin psychique, qui trouve ses racines dans l'instauration de la loi HPST, de la T2A et du parcours de soin de la loi Touraine, équivaut à un tri des patients selon des critères pseudo-scientifiques de gravité des troubles et de diagnostic. Elle empêche le patient d'arriver aux soins et multiplie pour lui les risques de passage à l'acte.

Elle instaure aussi, insidieusement, des critères de compétences entre soignants de même corporation.

Elle vide **LE SECTEUR** de sa substance et de sa philosophie, déjà bien affaibli par des années d'attaque. Le secteur perd sa fonction d'accueil inconditionnel de première ligne pour se trouver soumis à des recommandations, pouvant se transformer rapidement en directives.

Cette logique d'évaluation hors-sol, de tri et de prescription jupitérienne heurte violemment toute l'organisation du soin en psychiatrie, mais aussi dans le médico-social.

Elle heurte tout lieu de soin qui, tout simplement, cherche à accueillir en équipe pluridisciplinaire, dans sa singularité, toute personne en souffrance psychique.

Cette logique d'escalier morcelle le patient entre les dits experts, les exécutants et les machines connectées...

Filer la métaphore de la fusée nous rappelle que quand certains étages sont vides de carburant, ils se détachent et tombent. Ils deviennent des débris qui finissent le plus souvent dans l'océan. Seul le haut de la fusée fera le voyage. Cette métaphore comme modèle de société, nous la récusons !

Le 16 décembre 2025, et sans surprise, la PPL 385 est adoptée au Sénat.

Cette adoption ne veut pas dire que la loi est définitivement votée pour autant. Elle est maintenant en attente de débats à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, sous le n°2249. Beaucoup de textes sont en attente et nous n'avons pas de calendrier pour celui-ci.

Toutefois, c'est dans l'air. HAS, amendements, PPL, et ajoutons dispositifs MSP et recours au privé lucratif déjà en place. Autant de symptômes d'un même syndrome, celui d'une certaine vision du soin psychique, voire plus largement de la société, de l'économie, de la politique.

Nous allons aujourd'hui déplier nos arguments selon 4 axes :

- 1] LA SCIENTIFICITÉ :** en quoi les discours et promesses de la fondation Fondamental, revendiquant un appui sur la science, sont-ils illusoire et ne tiennent pas la route d'un discours critique et véritablement scientifique ?
- 2] LE SOIN :** quelle idée restrictive et normative du soin est sous-jacente à cette proposition de loi, et quelles alternatives seraient désirables ? En quoi cette loi ne fait-elle qu'accentuer la crise de l'accès aux soins ?
- 3] LES FINANCEMENTS :** en quoi cette proposition de loi, prétendument inscrite dans une démarche d'économie budgétaire, s'inscrit-elle dans une vision néolibérale largement compatible avec la privatisation lucrative de la psychiatrie ?
- 4] LA DÉMOCRATIE :** en quoi la démarche-même des centres experts vient attaquer la démocratie et le service public, au bénéfice du marché financier et algorithmique ? En quoi cette proposition de loi ne fait-elle que démontrer une volonté de pilotage de la psychiatrie, qui induira un abandon des patients et des familles ?

Au contraire nous voulons affirmer que la créativité est toujours à l'œuvre, ou prête à renaître, et qu'aucune loi ne nous empêchera de nous mobiliser et d'imaginer la relance d'une psychiatrie à visage humain.

Ce meeting s'appuie sur des prises de parole venant d'horizons différents, avec des tables rondes pour relancer une discussion démocratique sur ces sujets qui concernent les professionnels, mais aussi les personnes concernées, et toute la société.

NOUS ESPÉRONS QUE CETTE JOURNÉE MARQUERA UN MOMENT FORT DANS UNE SUITE QUI S'IMPOSE POUR CONSTRUIRE L'UTOPIE CONCRÈTE D'UNE PSYCHIATRIE DÉSIRABLE, OUVERTE ET DÉMOCRATIQUE.



TABLE RONDE 1

#SCIENTIFICITÉ

EN QUOI LES DISCOURS ET PROMESSES DE LA FONDATION FONDAMENTAL, REVENDIQUANT UN APPUI SUR LA SCIENCE, SONT-ILS ILLUSOIRES ET NE TIENNENT PAS LA ROUTE D'UN DISCOURS CRITIQUE ET VÉRITABLEMENT SCIENTIFIQUE ?

INTRODUCTION PAR LES MODÉRATEURS

MARTIN PAVELKA,
Pédopsychiatre, API,
Collectif 39 enfance.

CLÉMENT FROMENTIN,
Psychiatre, ASM 13.

Dans les premiers paragraphes de L'Art du roman, Milan Kundera rappelle que Husserl croyait voir les racines de la crise de l'humanité « **dans le caractère unilatéral des sciences européennes, qui avaient réduit le monde à un simple objet d'exploration technique et mathématique, et avaient exclu de leur horizon le monde concret de la vie, die Lebenswelt** ».

L'essor des sciences propulsa l'homme dans les tunnels des disciplines spécialisées. Plus il avançait dans son savoir, plus il perdait des yeux et l'ensemble du monde et soi-même, sombrant ainsi dans ce que Heidegger appelait, « **d'une formule belle et presque magique, « l'oubli de l'être »** » (Kundera, 1986).

Il ne s'agit pas de critiquer l'existence même des courants spécialisés de recherche dans notre domaine, mais de devenir conscients que la mauvaise interprétation ou le mésusage idéologique de leurs résultats, ou de leurs erreurs, produisent derrière l'illusion d'un heureux progrès, une dangereuse déshumanisation des savoirs.

MATINÉE 9H00

FRANÇOIS GONON PSYCHIATRIE : LE DÉCLIN DU MODÈLE BIOMÉDICAL ?	P8
ÉRIC IHUEL IMPRESSION ET RÉFLEXION D'UN STAGE IPA EN CENTRE EXPERT	P10
YANN DIENER POUR NE PAS CÉDER À L'INFORMATISATION DU LANGAGE ET DE NOS PRATIQUES	P12
RICHARD HOROWITZ LA PSYCHIATRIE EXTRACTIVE	P14
BENJAMIN WEIL POUR TOUT RÉSOUDRE, CLIQUEZ ICI	P16
GEORGES ZINS ; JEANNE BAILLY, REYAD CHOUATTAH ; LUCIE MAITRENAL ; DIANE MONGRAND ; GUILLAUME MOREL MALAISE DANS LA FORMATION	P18

FRANÇOIS GONON, Directeur de recherche émérite à l'Université de Bordeaux.
Après 35 ans de neurobiologie au CNRS, il étudie le discours de la neuropsychiatrie dans la société.

PSYCHIATRIE : LE DÉCLIN DU MODÈLE BIOMÉDICAL ?

Les experts sont unanimes : les recherches en neuropsychiatrie n'ont encore pas bénéficié aux patients et les difficultés sont telles que les perspectives cliniques du modèle biomédical paraissent bien lointaines. Comme alternative à ce modèle, l'OMS recommande d'abord la prévention primaire visant les facteurs de risques sociaux des troubles mentaux, mais le modèle biomédical domine encore en France contre l'avis de l'OMS.

Pour commencer je voudrais vous donner mon point de vue sur la question suivante : où en sommes-nous concernant la neuro-psychiatrie ? Sauf maladie génétique rare se manifestant par des symptômes autistiques et du retard mental, nous n'avons toujours pas de marqueurs biologiques des troubles mentaux.

Je cite la professeur Marion Leboyer dans son article publié en mai 2025 [1] :

Les diagnostics en psychiatrie sont purement symptomatiques « sans la possibilité de recours à des biomarqueurs objectifs. »

De plus, les médicaments psychotropes actuellement prescrits ont été découverts dans les années 1950 et 1960 suite à des observations fortuites, ou bien sont dérivés de ces premières molécules. Les psychotropes nouvellement mis sur le marché avec l'autorisation des instances européennes ne s'avèrent pas supérieurs aux molécules plus anciennes [2]. Aucune des cibles moléculaires proposées par la recherche n'a abouti à une innovation thérapeutique majeure depuis 50 ans [3].

Que disent les experts ? Steven Hyman et Thomas Insel ont successivement dirigés le National Institute of Mental Health jusqu'en 2015.

En 2018 Steven Hyman a écrit [4] :

« Même si les neurosciences ont progressé durant ces dernières décennies, les difficultés sont telles que la recherche des causes biologiques des troubles mentaux a largement échoué. »

Thomas Insel a été interviewé par le New York Times le 22 février 2022. Il a dit :

« Les recherches en neuroscience n'ont, pour l'essentiel, toujours pas bénéficié aux patients. Les USA sont le pays qui a le plus dépensé en recherche en neuroscience et en psychiatrie biologique, mais aussi le pays qui se distingue par l'état lamentable des personnes souffrant de troubles mentaux ».

La plupart des compagnies pharmaceutiques ont fermé depuis 2010 leurs centres de recherche de nouveaux médicaments psychotropes [5]. Les raisons données par leurs experts sont les suivantes :

Premièrement, les neurosciences ne sont pas assez développées pour nous dire sur quelle cible moléculaire il faut agir.

Deuxièmement, les modèles animaux des troubles mentaux ne sont pas réalistes.

Troisièmement, on ne peut pas faire des groupes de patients homogènes pour tester nos médicaments.

Faut-il s'étonner de cet échec à décrire les troubles mentaux en termes neurobiologiques ? La comparaison avec le cancer permet de mesurer la difficulté.

En 1971 le président Nixon déclara la guerre contre le cancer en ces termes :

« Les temps sont venus en Amérique où les mêmes efforts qui ont permis d'emmener l'homme sur la lune, devraient nous permettre de vaincre cette effroyable maladie dans les 10 ans à venir ».

Cinquante ans plus tard, malgré d'incontestables progrès partiels et des dépenses de recherche qui se comptent en centaines de milliards de dollars, le cancer reste toujours la première cause de mortalité en France. Les chercheurs expliquent que le cancer est un problème biologique beaucoup plus compliqué qu'ils ne le pensaient il y a 50 ans. Pourtant le diagnostic de cancer ne pose pas de problème : on peut se fier à des analyses biologiques et des biomarqueurs moléculaires ont permis de préciser les sous-types de certains cancers. De plus, la recherche de nouveaux médicaments peut s'appuyer sur des modèles cellulaires et animaux. Il n'y a rien de tel pour les troubles mentaux. On mesure alors la difficulté d'en rendre compte en termes biologiques.

Cela ne veut pas dire que les recherches ne nous ont rien appris. Par exemple, les explications simplistes, comme le déficit de dopamine pour le TDAH [6], ont toutes été invalidées. De même, les études en imagerie cérébrale ont mis en évidence l'étonnante variabilité interindividuelle des caractéristiques mesurables par cette technique [7]. Cette variabilité considérable explique pourquoi l'imagerie cérébrale n'est pas près de nous offrir des outils diagnostics. Enfin, les études épidémiologiques ont montré que les inégalités sociales sont la cause principale de survenue des troubles mentaux [8].

Reste une question : comment se fait-il que nous attendions tellement de la neurobiologie pour améliorer les soins en psychiatrie ? Certes, cette attente est nourrie par les médias, mais à leur insu. En effet, il existe des écarts considérables entre les observations scientifiques et leur présentation abusive dans les médias. Tout mon travail de recherche depuis 15 ans a consisté à décrire comment ces écarts sont générés, leurs causes et leurs conséquences sociales. Nous avons montré que ces écarts apparaissent dès les publications scientifiques [9]. Les médias ne font que diffuser et amplifier ces écarts. Vous trouverez dans mon livre et mes publications tous les arguments scientifiques à l'appui de cette conclusion [10].

Il y a donc un double discours qui a été pointé par deux psychiatres de Harvard dans leur article de 2019 [11], publié dans la plus prestigieuse des revues biomédicales : le New England Journal of Medicine. Je les cite :

« Paradoxalement, bien que les limitations des traitements biologiques soient largement reconnues par les experts en la matière, le message qui prévaut pour le grand public et le reste de la médecine, est encore que la solution aux troubles mentaux consiste à faire correspondre le « bon » diagnostic au « bon » médicament. Par conséquent, les diagnostics psychiatriques et les médicaments psychotropes prolifèrent sous la bannière de la médecine scientifique, bien qu'il n'existe aucune compréhension biologique approfondie des causes des troubles psychiatriques ou de leurs traitements. Le problème n'est pas simplement une question d'intégrité scientifique et intellectuelle. Cet état de fait influence la formation des soignants et le remboursement des soins. Il nuit gravement aux patients et aux praticiens. »

EN CONCLUSION

- 1] Les perspectives cliniques de la recherche en neuro-psychiatrie restent lointaines. L'OMS recommande donc que la priorité ne soit plus donnée au modèle biomédical de la psychiatrie [12]. Malheureusement ce modèle reste dominant en France.**
- 2] L'OMS recommande d'investir dans la prévention primaire (inégalités sociales, souffrance au travail) [12]. Elle souligne que nous avons surtout besoin de recherches en sciences humaines et sociales pour penser la prévention.**
- 3] L'OMS recommande des soins primaires au plus près des besoins des patients. Ces soins ne devraient pas être subordonnés à un diagnostic [12].**
- 4] En raison des limites du savoir biomédical concernant le soin en psychiatrie, il faudrait valoriser les savoir-faire des praticiens de terrain.**
- 5] Enfin, ce qui m'inquiète le plus c'est la pédopsychiatrie. Depuis 20 ans les difficultés scolaires sont devenues des troubles du neuro-développement. Ces TND frapperaient 17% des enfants selon la stratégie gouvernementale 2023-2027. Cette stratégie privilégie le diagnostic, mais les limites de l'approche biomédicale du soin risquent d'attiser les déceptions. Or cette approche biomédicale s'installe au détriment de formes d'aides à la scolarité qui avaient pourtant fait leurs preuves comme les RASED.**

RÉFÉRENCES

- ¹ Leboyer M, Llorca P-M. Le programme-projet en psychiatrie de précision (PEPR PROPSY), enjeux et défis. *Med Sci (Paris)*. 2025;41(5):411-5.
- ² Erhel F, Scanff A, Naudet F. The evidence base for psychotropic drugs approved by the European Medicines Agency: a meta-assessment of all European Public Assessment Reports. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e120.
- ³ Papassotiropoulos A, de Quervain DJ. Failed drug discovery in psychiatry: time for human genome-guided solutions. *Trends in cognitive sciences*. 2015;19(4):183-7.
- ⁴ Hyman SE. The daunting polygenicity of mental illness: making a new map. *Philosophical transactions of the Royal Society of London Series B, Biological sciences*. 2018;373(1742).
- ⁵ Smith K. Trillion-dollar brain drain. *Nature*. 2011;478(7367):15.
- ⁶ Gonon F. The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. *Trends in Neuroscience*. 2009;32(1):2-8.
- ⁷ Holmes AJ, Patrick LM. The Myth of Optimality in Clinical Neuroscience. *Trends in cognitive sciences*. 2018;22(3):241-57.
- ⁸ Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P, et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*. 2024;23(1):58-90.
- ⁹ Dumas-Mallet E, Gonon F. Messaging in Biological Psychiatry: Misrepresentations, Their Causes, and Potential Consequences. *Harvard review of psychiatry*. 2020;28(6):395-403.
- ¹⁰ Gonon F. Neurosciences un discours néolibéral. Psychiatrie, éducation, inégalités. Nîmes: Champ Social éditions; 2024. 233 p.
- ¹¹ Gardner C, Kleinman A. Medicine and the Mind - The Consequences of Psychiatry's Identity Crisis. *The New England journal of medicine*. 2019;381(18):1697-9.
- ¹² Patel V, Saxena S, Lund C, Kohrt B, Kieling C, Sunkel C, et al. Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. *The Lancet*. 2023;402(10402):656-66.

ÉRIC IHUEL, Infirmier DE, exerce en psychiatrie depuis 2001, infirmier en pratique avancée depuis 2021.

IMPRESSION ET RÉFLEXION D'UN STAGE IPA EN CENTRE EXPERT

« ... comme si au regard de ces centres experts je sortais d'un immense tunnel de concepts obscurs, de subjectivité, d'immobilisme ... d'un temps arrêté ... je me sentais honteux et coupable de mes expériences précieuses acquises à force de patience et d'attention... »

Je suis infirmier en psychiatrie depuis plus de vingt-cinq ans.

Issu de la formation post-1992, j'ai appris mon métier dans le secteur, auprès des patients, de leurs familles et des aînés formés en psychiatrie. Ma pratique s'est construite dans l'immersion, la répétition des rencontres, l'incertitude et les tâtonnements. C'était un apprentissage expérientiel continu, parfois obscur, exigeant, toujours engagé. Un savoir (faire et être) qui se transmettait par capillarité, dans les échanges informels, les réunions cliniques et les silences partagés après une situation délicate.

Pendant longtemps, je n'ai connu que cette psychiatrie du temps long, de la relation, de la complexité assumée et d'une certaine modestie prudente face à la folie.

En 2019, j'ai entrepris une formation universitaire d'Infirmier en Pratique Avancée, mention Psychiatrie et Santé Mentale. Ce retour à l'université a été un déplacement important : j'y ai découvert une formalisation des savoirs, une structuration théorique et une articulation plus nette entre recherche, données probantes et pratique clinique.

Dans ce cadre, j'ai effectué deux stages dans des « Centres Experts », l'un sur le trouble bipolaire, l'autre sur la schizophrénie et la dépression résistante. Nous étions en 2020 et je n'en avais jamais entendu parler.

Ma première impression a été un sentiment de confort : tout semblait organisé, structuré, lisible. Je me suis senti rapidement à l'aise. Mais ce confort m'a interrogé : la rencontre avec la folie n'est jamais confortable. Elle est dérangement, incertaine, parfois chaotique, et expose à l'imprévisible. Peut-être ce sentiment d'ordre venait-il de ce que la complexité était contenue, cadrée, filtrée par des outils et protocoles sur une temporalité brève.

Les patients arrivaient avec une lettre d'adressage médicale. Sur une temporalité courte, ils bénéficiaient d'un "screening" (triage, criblage) initial, de tests, d'auto-questionnaires, d'un bilan neuropsychologique, d'examens biologiques et d'entretiens dirigés. Ces données permettaient d'élaborer une synthèse et des recommandations rapides. Nommer une souffrance, préciser un diagnostic, affiner une orientation peut soulager profondément. J'ai observé ce soulagement.

Pour autant, qu'est-ce qui fait véritablement soin ? Dans ces dispositifs, la rencontre est ponctuelle, cadrée, orientée vers l'évaluation et la synthèse. Dans les structures classiques, elle se répète, s'inscrit dans le temps, et permet de saisir la complexité d'une trajectoire de vie et l'histoire singulière d'un sujet. Même avec les meilleures échelles, **peut-on embrasser la réalité d'un trouble bipolaire, d'une schizophrénie ou d'une dépression chronique sévère en quelques heures ?**

Je fais un parallèle avec l'imagerie médicale : un scanner ou un IRM éclaire, oriente, affine une hypothèse. Mais le soin commence dans l'accompagnement, la décision thérapeutique, le suivi, l'ajustement au réel du patient. De même, l'expertise diagnostique participe du soin, mais n'en constitue pas le cœur.

Et c'est ici que les mots me questionnent : « Centre Expert ». Ces termes produisent un effet symbolique fort, suggèrent un lieu central du savoir, une autorité supérieure. L'expertise ne se proclame pas ; elle se construit dans la durée, dans l'expérience, souvent avec du doute et la conscience de ce qui échappe. Je n'ai que rarement entendu un soignant se présenter spontanément comme « expert », sauf dans la langue managériale ou en contexte de certification.

Ces dispositifs peuvent soutenir les équipes, affiner des diagnostics et proposer des orientations. Mais il faut les replacer à leur juste place : un appui spécialisé.

Sinon, le modèle standardisé pourrait devenir implicite, l'objectivation l'emporter sur la relation, la mesure devenir norme, et la temporalité brève s'imposer.

La psychiatrie a besoin de recherche, de neurosciences, d'outils validés, mais aussi de lieux où tout n'est pas mesurable, où le soin se construit dans la durée et où la complexité du sujet ne se réduit pas à des indicateurs.

Mon propos vient d'un praticien ayant traversé la clinique sectorisée et les dispositifs spécialisés. Je témoigne pour une articulation possible : une psychiatrie plurielle, où le diagnostic éclaire sans écraser, où les dispositifs spécialisés soutiennent sans devenir hégémoniques, et où la rencontre lente et fragile reste au cœur du soin.

Soigner, c'est accompagner un sujet dans la durée, dans ses vulnérabilités et ressources, avec la conscience que quelque chose nous échappera toujours. Cette part irréductible, qui résiste à nos catégories, fonde le soin et nous oblige à rester humbles.



YANN DIENER, *Psychanalyste à Paris. Il a publié LQI – notre langue quotidienne informatisée (éditions Les Belles Lettres, 2022), La mâchoire de Freud (Gallimard, 2024), et L'inconscient inculqué à mon ordinateur (éditions Premier Parallèle).*

POUR NE PAS CÉDER À L'INFORMATISATION DU LANGAGE ET DE NOS PRATIQUES

Si nous voulons limiter les effets délétères de la langue informatisée sur nos pratiques, nous devons chacun repérer à quels moments nous utilisons et diffusons des mots et des expressions informatisées. Nous devons repérer quels bénéfices nous avons à nous intoxiquer avec ce langage. C'est ce qu'avait fait Victor Klemperer avec la LTI.

Pour ne pas nous contenter de dire que ce sont les autres qui fabriquent notre malheur, nous devons mener une étude de la langue qui détruit nos pratiques. Cette étude doit se faire selon la méthode philologique. Il nous faut savoir comment fonctionne la langue techno-fasciste qui organise la **trumpisation neuro-développementale**.

Il nous faut une étude scientifique de cette langue, au sens des sciences humaines, au sens de : mesurer notre implication dans l'objet que nous étudions. Cette méthode est celle de Victor Klemperer, le philologue allemand qui a étudié la LTI, **Lingua Tertii Imperii**, la langue du troisième Reich.

Nous ne sommes pas du tout dans la même situation que sous le troisième Reich. Il y a eu des ruptures, mais il y a aussi malheureusement des continuités, justement sur le registre linguistique, par le vocabulaire du management que nous subissons. Comme l'a montré de manière très documentée Johann Chapoutot, ce management vient directement du **Menschenführung** sous le nazisme, la *direction des hommes*, qui a donné la direction des ressources humaines. Comme dit Chapoutot, quand nous avons accepté que l'humain soit une ressource au même titre que du charbon ou du nickel, nous avons accepté que l'humain soit **géré** comme une donnée. C'est dans son livre « **Libres d'obéir. Le management, du nazisme à aujourd'hui** », que Chapoutot montre comment le nazisme a été, je cite, « un grand moment managérial et une des matrices du management moderne. »

Klemperer écrivait en octobre 1945 dans son journal que les mots de la langue nazie ne respecteraient pas la capitulation du 8 mai ; et Klemperer le constatait déjà en cette fin d'année 1945, ces mots continuaient à circuler. Olivier Mannoni en montre les conséquences pour aujourd'hui, dans son livre « **Coulée brune – comment le fascisme inonde notre langue** ».

Lacan soutenait qu'une machine à calculer est plus dangereuse que la bombe atomique. Parce que, disait-il, une machine à calculer, c'est du pur symbolique, dénoué du réel et de l'imaginaire. Ces bombes atomiques portatives, nous en avons mis partout, dans nos bureaux, dans nos foyers, et dans nos poches. Lacan précise que le pur symbolique fait plus de mal que le défaut de symbolique. Cette bombe atomique nous expose à la figure aujourd'hui : le vocabulaire de la HAS, c'est un condensé de mots informatisés qui ont organisé un management violent dans les lieux de soin ; la logique de la HAS, c'est la logique du tout informatique ; **informatique**, ce mot forgé en allemand en 1957 par contraction des termes **Information et Automatik**, pour dire « traitement automatique des informations. »

La machine HAS, qui va de pair avec la machine FondaMental, c'est la conséquence d'une logique de gestion de données, qui prime sur la visée première des institutions de soins. Les Centres experts de FondaMental n'accueillent pas des patients, ils traitent des données qui sont monétisées pour alimenter des IA : c'est du pur calcul.

Quand nous utilisons des applis sur nos smartphones, nous participons à la banalisation et la diffusion de cette dématérialisation qui détruit la psychiatrie. Je ne suis pas technophobe, je voudrais juste que ces outils ne soient pas utilisés là où ils ne font qu'entraver les paroles singulières. Mais notre discours courant a intégré

un jargon technique qui avant le Covid n'était utilisé que par des techniciens des télécommunications : « je me connecte ce soir », « je télécharge l'appli », « je **programme** un zoom », « ma batterie sociale est à plat », ou encore quand on utilise le verbe « communiquer » à la place du verbe « parler ».

Nous devons repérer à quels endroits nous participons, chacun d'entre nous, à la circulation de ce discours du capitalisme numérique. Nos images sur nos multiples écrans ne sont pas des images constituantes, ce sont des **bits**, des binary digits, des chiffres binaires, qui sont compressés, envoyés dans les tuyaux, et décompressés à l'arrivée. Là où la psychanalyse déchiffre les symptômes, nos petites machines nous servent à l'inverse à toujours plus chiffrer, à faire des messages codés.

Victor Klemperer avait très tôt remarqué que même les adversaires du nazisme commençaient à utiliser la rhétorique et les mots de la LTI – parce que cette langue avait une efficacité. Quand Klemperer s'est lui-même entendu employer une expression qui n'existait pas avant le nazisme, il a été saisi d'effroi. (Il avait utilisé le terme **organisiert**, « je me suis organisé »).

Pour ne pas rester dans l'effroi, nous devons mettre à plat la langue de la HAS, pour la connaître, en nous efforçant de ne pas la parler.



RICHARD HOROWITZ, *Pédopsychiatre, fondateur de l'AMPP Viala, premier président de la Fédération des CMPP.*

LA PSYCHIATRIE EXTRACTIVE

La psychiatrie est passée d'une extraction des corps — à travers l'asile — à une extraction des expériences humaines, désormais transformées en flux de données standardisées. Dans cette logique proche du capitalisme de surveillance, le risque est une réduction du vivant à l'information, au détriment de la dimension relationnelle du soin.

Nos sociétés sont entrées dans l'âge de l'extractivisme.

La notion, issue des chercheurs latino-américains s'appliquait, au départ, aux ressources naturelles (mines, pétrole, forêts, terres rares) et découlait largement des pratiques coloniales.

Cette logique s'étend désormais aux données numériques et aux comportements humains. L'expérience vécue devient une matière première exploitable. La psychiatrie n'échappe pas à ce déplacement.

Au fond la psychiatrie a toujours été extractive : l'asile a commencé par extraire les corps, isolant les divers indésirables de la société, on nous propose désormais une psychiatrie qui récupère et agrège les données du sujet.

On peut lire l'histoire récente de la psychiatrie comme une transformation progressive du regard porté sur la folie. En un peu plus d'un siècle, un déplacement s'est opéré : du corps enfermé au sujet rencontré, du symptôme codé à la donnée extraite.

Au XIX^e siècle, la psychiatrie moderne se développe dans l'institution asilaire. Les aliénistes (Pinel, Esquirol) affirment humaniser le traitement des malades en les libérant des chaînes. Mais l'asile reste avant tout un dispositif d'ordre social. Il classe, sépare et administre ceux que la société considère comme déviants.

La folie est alors celle d'un corps dérangement qu'il faut contenir. Le malade mental apparaît d'abord comme un corps enfermé, placé sous la surveillance de l'institution.

Après la Seconde Guerre mondiale, une transformation "humaniste" traverse la psychiatrie occidentale.

Dans le sillage de la psychothérapie institutionnelle, des réformes portées par des cliniciens comme François Tosquelles, Jean Oury, débouchent sur la mise en place du secteur en France. En Italie, avec l'action de Franco Basaglia, le soin se déplace également vers la rencontre, hors de l'institution.

Celle-ci devient un espace à transformer pour que la relation clinique y retrouve sa place. Le patient n'est plus seulement un objet d'observation ou de gestion : il est reconnu dans son histoire, sa parole et ses liens. La psychiatrie réaffirme alors sa dimension profondément humaine et politique. Le malade redevient un sujet et le soin se restitue dans la cité.

À partir des années 1980, une nouvelle mutation apparaît avec la diffusion internationale des classifications diagnostiques élaborées par l'American Psychiatric Association.

Les troubles mentaux sont décrits à partir de listes de symptômes majoritairement comportementaux et de critères standardisés qui se multiplient au fil des éditions du DSM.

La consultation dérive d'une rencontre humaine vers des séances d'administration de questionnaires et d'évaluation à l'aide de diverses échelles.

Si cette évolution facilite la recherche et l'évaluation des traitements, elle pervertit grandement le regard clinique. L'expérience singulière du patient tend à être traduite en catégories diagnostiques. Le malade devient alors un agglomérat de symptômes codés, cotés, évalués et inscrit dans une nomenclature souvent sans grande cohérence interne.

Aujourd'hui, une autre étape se dessine.

La numérisation massive des systèmes de santé, leur mise en réseau, brasse une quantité considérable de données sur les parcours de soin, les comportements, sans parler des troubles psychiques.

Celles-ci s'agrègent et circulent à flux tendus entre plateformes et bases de données. Elles peuvent facilement alimenter des systèmes de gestion publique ou privé, de mesures de risques assurantiels, voire des ersatz de dispositifs de soins personnels qui commencent à fleurir, alimentés par l'IA conversationnelle.

Dans ce contexte, l'analyse de la sociologue Shoshana Zuboff sur le capitalisme de surveillance prend un relief particulier : l'expérience humaine devient une matière première informationnelle. Les traces laissées par nos vies sont collectées, analysées et valorisées.

La psychiatrie pourrait alors entrer dans une nouvelle phase : celle où les trajectoires de soin et les expériences psychiques deviennent des gisements de données. Le patient risque d'apparaître de plus en plus comme une source d'informations intégrée à des dispositifs d'analyse et de prédiction.

Mais cette évolution rencontre une limite fondamentale. Comme le rappelle le philosophe Miguel Benasayag, le vivant déborde toujours les dispositifs qui prétendent le réduire à de l'information.

C'est peut-être là que se joue aujourd'hui l'enjeu essentiel : préserver la rencontre clinique alors que tout pousse à transformer les vies en ressources.

Deux logiques tendent aujourd'hui à se superposer en psychiatrie.

La première relève de l'extraction : elle collecte, mesure et modélise les comportements.

La seconde relève du soin : elle écoute, interprète et accompagne des existences singulières.

Lorsque la première prend le pas sur la seconde la psychiatrie risque de devenir une simple industrie de la donnée humaine.

Un dernier mot : parler de « Psychiatrie extractive » ce n'est pas une métaphore, c'est une homologie structurelle, c'est le même processus : on prélève, on exporte la valeur, on appauvrit le milieu. La seule différence, c'est que la ressource n'est pas minérale – elle est psychique.



BENJAMIN WEIL, Psychiatre à l'ASM 13, membre de l'Évolution Psychiatrique et organisateur du séminaire d'épistémologie de la psychiatrie « Des idées en psychiatrie ». Il a une pratique de psychiatrie de secteur, à l'hôpital et en CMP.

POUR TOUT RÉSOUDRE, CLIQUEZ ICI

Quand elle perd de vue sa visée essentielle – le soin – et se constitue à l'envers, par les réponses qu'elle est sommée de donner aux exigences de son temps, la psychiatrie et sa validité scientifique s'effondrent. Elle devient un patchwork pseudo-scientifique, compatible avec le discours néolibéral, et son horizon n'est plus que de devenir un objet épistémique désirable pour tous : tutelles, marchés financiers et sujets séduits par l'illusion de la désobjectivation.

Un problème d'angoisse ? C'est-à-dire une souffrance mal déterminée, mal circonscrite qui aurait à voir avec le fait même de vivre, avec ce que c'est d'être humain à l'endroit où l'on se doit de l'être. Dieu que cette histoire d'angoisse est compliquée... Substituez angoisse par TDAH et le tour est joué. L'affaire existentielle balayée, l'inextricable et inutile histoire du sujet court-circuitée. Le neurodéveloppement, les neurotransmetteurs ; la solution, vous la connaissez, la ritaline.

Un problème de coût ? de coût des soins ? C'est-à-dire une « décorrélation » entre le besoin de soins d'une population et le discours gestionnaire des tutelles. C'est le lieu de l'intervention syndicale, le lieu aussi de la politique et de la réflexion sociologique. Quelle valeur accorde-t-on à la santé de la population ? Quels liens avec l'ambiance sociale, l'organisation politique ?

Ça semble complexe et pourtant la réponse on nous la donne : nous avons désormais une science qui s'organise autour de la question du diagnostic dont découle la question thérapeutique. Science qui ne fait au « suivi » (on sait que c'est cela qui coûte...) qu'une place extrêmement limitée et dans les indications et dans la durée.

Un problème de sécurité peut-être ? Un acte dangereux dont aura été coupable un usager ? C'est-à-dire une personne dont la prise en compte de la gravité de la situation clinique conjuguée à, souvent, une grande précarité familiale, sociale, administrative pourra être le premier pas à la compréhension d'un passage à l'acte dans la cité ?

Faisons simple. Les solutions existent et font florès : la contention, l'augmentation des sujets malades en détention, l'ouverture d'UMD, d'UHSA et la tentative de faire étendre les indications de soins sous contrainte à la radicalisation. Ici un exemple plus subtil, disons en deux temps, de solutionnisme : rabattre une situation « subjectivo-socio-politique » sur la question psychiatrique, dûment simplifiée et réduite à un catalogue de pseudo-solutions. Toutes les questions que pose la radicalisation s'évaporent. La radicalisation, c'est de la psychiatrie, donc c'est simple.

Pour tout résoudre cliquez ici : clinique, champ médico-administratif, sécurité : le solutionnisme, concept proposé par Evgeny Morozov en 2013, organise notre discipline et la façon dont elle construit son savoir.

Vous avez compris le jeu auquel je me suis laissé prendre. **Terrifiant de simplicité.**

C'est ce que je voudrais que vous entendiez. Voici ce que donne une discipline dont le souci de se penser elle-même a disparu : une pseudoscience, montée à l'envers, à partir des commandes sociale, politique, gestionnaire. Elle devient ce patchwork dont personne n'assume plus la responsabilité ni de la cohérence ni du respect de sa visée première : le soin.

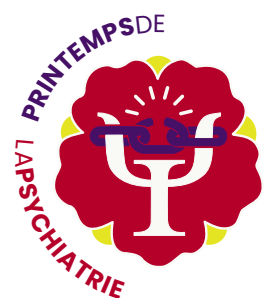
Nous comprenons confusément où vient s'enraciner le réflexe solutionniste, cette mode qui concerne autant la population des usagers que ceux dont la psychiatrie est le métier. Reconnaître ce qui ne se saisit pas par une donnée chiffrée n'est plus possible aujourd'hui. Les raisons philosophiques et sociologiques qui se tiennent derrière ce constat ne sont pas l'objet de mon propos pour des raisons évidentes de temps et de compétence. Pour autant, il me semble que cela nous concerne bien au-delà des questions psychiatrique

et médicale. Toujours est-il que, pour ce qui nous occupe aujourd'hui, la médecine n'organise plus l'accueil simple de cette plainte : « je suis angoissé, je souffre ». Ça n'est plus entendu et supporté comme un symptôme, mais comme une entrée possible dans une démarche qui se conclura par une réponse mécanique, objective et opposable.

Les sujets sont toujours renvoyés à leur stricte condition d'individus autonomes, ne pouvant compter sur aucun tissu de soutien, sur aucune aide si leur problème n'est pas dûment qualifié. Voilà le drame éthique de cette affaire. Il permet de comprendre pourquoi notre mobilisation parle si peu aux personnes concernées qui développent nécessairement une avidité pour le diagnostic, sésame, décidément, qui ouvre la possibilité du soin. Qui permet d'avoir une réponse.

Souvent d'ailleurs, une première réponse, puisque que suivent les deuxième et troisième lignes et qu'enfin, on finit par être reversé vers les services de pathologies résistantes. Résistantes à notre capacité à réduire la souffrance psychique à une compréhension mécaniste, évidemment.

Car nous, sur le secteur, on accueille tout le monde, y compris ceux pour lesquels ça résiste. Il faut pouvoir le supporter, l'assumer. Dans le temps, dans la vie des gens. Un travail difficile, continu, et attaqué. Un travail sérieux, qui réclame d'autres compétences que celle de cliquer et qui survit à l'idée qu'il ne permettra pas de tout résoudre.



GEORGES ZINS ; JEANNE BAILLY, REYAD CHOUATTAH ; LUCIE MAITRENAL ; DIANE MONGRAND ; GUILLAUME MOREL *Nous sommes un groupe d'internes ayant écrit une tribune pour contester le projet de loi sur les centres-experts.*

MALAISE DANS LA FORMATION

Au regard d'un sentiment de malaise partagé par plusieurs internes vis-à-vis de la formation qui est proposée, nous montrerons comment une réflexion propre à la clinique psychiatrique ne trouve pas de place au sein d'une psychiatrie qui se veut de plus en plus « experte » et « sur-spécialisée ».

Nous sommes une poignée d'internes à s'être réunis pour rédiger une tribune en réponse au projet de loi sur les centres experts, nous nous en faisons porte-parole.

L'écriture de ce texte a été l'occasion d'échanges sur nos expériences respectives de l'internat.

Nous avons discuté de ce que nous avons découvert de la psychiatrie, de ce que nous y avons appris, de ce qui nous a interrogés et déstabilisés.

Aujourd'hui nous vous parlerons du malaise, du vertige qui peut saisir l'interne de psychiatrie tout au long de son cursus. Ce malaise est pour nous celui d'une psychiatrie qui ne parvient pas à donner de place aux questions qui la traversent, aux contradictions qui la façonnent, à l'irréductible complexité qui la constitue. En effet, la psychiatrie est remplie de paradoxes : les soins passent parfois par la contrainte, les connaissances médicales acquises durant les 6 premières années d'étude sont d'une utilité limitée ; les orientations théoriques et les pratiques sont légions et se font la guerre. Pour l'interne qui s'aventure dans ce nouveau pays, la perte de repère est souvent douloureuse.

Aujourd'hui deux voies s'opposent nettement, l'une est faite de réponses, l'autre tissée de questions. La première trouve sa quintessence dans la proposition des centres experts. C'est une psychiatrie qui a oublié son divorce avec la neurologie, qui prétend à un savoir positif, fondé sur la biologie, la génétique, les neurosciences ; qui essentialise les catégories diagnostiques du DSM ; et qui propose des prises en charges algorithmiques et standardisées. En suivant cette voie, enfin la psychiatrie pourrait devenir une spécialité médicale "comme les autres" et la disparité des pratiques serait résolue. Pourtant c'est dans ces lieux d'expertise que le sentiment de malaise a été le plus fort, et que nous nous sommes sentis ni psychiatres, ni médecins. Dans ces dispositifs au fonctionnement standardisé, nous sommes devenus les relayeurs de diagnostics désincarnés, doutant du sens, et de l'intérêt thérapeutique que cela peut prendre pour les patients. Alors un sentiment d'imposture s'immisce en nous face à cette psychiatrie qui se veut experte, et qui à force de vouloir objectiver des maladies, dé-subjectiver les personnes.

Ces mêmes tendances se retrouvent dans la formation qui nous est proposée. Il est imposé aux internes de réaliser 4 stages en services hospitalo-universitaires, mais aucun ne l'est sur le secteur. Il nous est demandé de nous sur-spécialiser de plus en plus tôt. En amphithéâtre, l'approche clinique tient sur deux jambes : les critères du DSM et leur réponse médicamenteuse. Les psychothérapies sont présentées à la manière d'un catalogue sans faire apparaître ce qui réellement les oppose. Quasiment pas d'histoire de la psychiatrie, de psychopathologie ou d'épistémologie. **La psychiatrie nous semble ainsi morcelée et il revient à chaque interne de choisir son morceau.**

En conséquence : les amphithéâtres se vident et les promotions d'internes se clivent entre ceux qui sont convaincus du bien-fondé d'une approche purement neuro-biologique et ceux qui en doutent.

Il est vrai que les catégories du DSM épargnent à l'interne certaines questions difficiles, en leur substituant une illusion de maîtrise. Mais très vite, cette illusion est mise à mal par la réalité de la clinique. Ces diagnostics ne permettent jamais d'aborder la question du sens et de la singularité de la souffrance des patients, qui surgit inévitablement à chaque entretien. **Paradoxalement, un savoir psychiatrique positif et protocolisé est précisément ce qui fait obstacle à la rencontre.**

Ce malaise, ces questions qui nous accompagnent durant l'internat, doivent pouvoir trouver un écho dans notre formation. **Qu'est-ce qu'un psychiatre lorsqu'il ne se réduit pas à être prescripteur ? Comment soigner malgré la contrainte ? Est-ce que les maladies mentales sont réellement des maladies comme les autres ?**

Et comme il est question de formation ce matin, nous nous devons d'accorder une place à ce que l'expérience informelle et brute acquise en stage nous enseigne. Car c'est bien l'émergence d'un savoir que permet cette expérience.

L'enjeu d'une formation serait alors de permettre aux psychiatres en devenir de mettre des mots sur ce savoir expérientiel, encore implicite, pour ensuite l'articuler à un savoir théorique.

Encore une fois, ce sont des questions qui ne cessent de nous accompagner et qui ne cherchent pas à être bouchées par une quelconque certitude de scientificité : **Quid de la rencontre ? Du savoir-faire pluriel de ceux qui partagent notre quotidien comme les infirmiers ? Quelle place au savoir hérité des anciens ?**

Et ce sont ces questions ouvertes qui guident notre réflexion sur l'avenir de la formation des internes.



TABLE RONDE 2 #SOINS

QUELLE IDÉE RESTRICTIVE ET NORMATIVE DU SOIN EST SOUS-JACENTE À CETTE PROPOSITION DE LOI, ET QUELLES ALTERNATIVES SERAIENT DÉSIRABLES ? EN QUOI CETTE LOI NE FAIT-ELLE QU'ACCENTUER LA CRISE DE L'ACCÈS AUX SOINS ?

INTRODUCTION PAR LES MODÉRATEURS

PATRICK LANDMAN,
Psychiatre.

FRANK DROGOU,
Psychiatre.

MATINÉE 11H00

- | | |
|--|------------|
| COLLECTIF ARTAUD
L'INTERCLUB THÉRAPEUTIQUE : ESPACE DE RÉSTANCE,
DE JOIE ET DE DÉMOCRATIE | P21 |
| SERGE KLOPP
POUR UNE SANTÉ MENTALE DE QUALITÉ ET UNE PSYCHIATRIE HUMAINE ! | P23 |
| LE FIL CONDUCTEUR
CONTRE LA DÉMOLITION DE LA PSYCHIATRIE ET DU SOIN PSYCHIQUE :
SES EFFETS SUR LES PATIENTS ET LES FAMILLES | P25 |
| BERNARD ODIER
LA GRADATION DES SOINS, UN MIRAGE TECHNOCRATIQUE
DANGEREUX EN PSYCHIATRIE | P27 |
| BENJAMIN GAVROIS
LE CAC, QUAND UN MODÈLE DE PSYCHIATRIE DE SECTEUR
À REPRODUIRE EST SUR LE POINT DE DISPARAÎTRE | P29 |
| CHARLES OLIVIER PONS
PASSER VOS ENFANTS À LA MACHINE... OU PASSEZ VOTRE CHEMIN | P31 |
| JEAN-FRANÇOIS DELAPORTE
LES RECONFIGURATIONS DU SOIN : LA DÉRIVE
VERS LE NON-SOIN EN PSYCHIATRIE | P32 |
| MANUELLA DE LUCA
DISPOSITIFS THÉRAPEUTIQUES EN EXTENSION : SOIGNER N'EST PAS EXPERTISER | P34 |



COLLECTIF ARTAUD, *Le collectif Artaud est composé des clubs thérapeutiques (patients et soignants) du secteur psychiatrique rémois 51ZR4, du GEM La Locomotive et de l'association HumaPsy. Il défend et s'appuie sur une pratique fondée sur l'hospitalité à la folie et la construction d'un réseau de lieux articulés autour d'une pratique de psychothérapie institutionnelle.*

L'INTERCLUB THÉRAPEUTIQUE : ESPACE DE RÉSISTANCE, DE JOIE ET DE DÉMOCRATIE

Dans un monde où l'individualisme, la normativité et la guerre règnent, nous défendons la valeur soignante de la pratique des clubs thérapeutiques, vecteurs de création, de mobilisation et de rencontres. L'interclub thérapeutique, soutenant le décroisement et la liberté de circulation, est un support essentiel de nos vies psychiques et sociales, nourrissant au quotidien nos solidarités et nos créativité.

Nous représentons aujourd'hui le collectif Artaud, composé des clubs thérapeutiques du secteur de psychiatrie ZR4 à Reims : le Grillon, Atout Cœur, Grain de plaisir pour l'extra-hospitalier, et la Salamandre et le club MEID pour l'intra-hospitalier, ainsi que du GEM La Locomotive et de l'association Humapsy. Car dans notre secteur, chacun de nos lieux de soins (à l'hôpital comme en ville) a son propre club thérapeutique. Et ça change tout ! Pourtant, on n'a jamais vu encore dans les prescriptions des Centres experts : « Allez donc voir au club thérapeutique... » Les soins, c'est 10% de médicaments, 90% d'humanisme, de solidarité, d'écoute et de créativité. Donc ça va bien au-delà de l'expertise : ce qui compte pour nous, c'est l'expérience. Notre expérience collective. Mais laissez-nous vous la raconter...

VENIR AU CLUB THÉRAPEUTIQUE, C'EST COMMENT ?

J'aime bien venir ici. C'est avant tout un accueil chaleureux, porté par toutes et tous, patients et soignants, un espace convivial, une parole démocratique et tonique. On y trouve l'amitié, le partage, la possibilité de faire front commun, ensemble. Et ça compte !

Ici, on n'est pas jugé : il y a de la gentillesse, du respect et de l'entraide. On nous accepte tels que nous sommes, alors qu'ailleurs, on peut subir une sorte de racisme anti-handicapés, ce validisme qui exclut. Heureusement que nous ne sommes pas qu'une maladie et un traitement !

La vie au club, c'est un mouvement perpétuel : des patients et des soignants qui courent d'un endroit à un autre, entre les différents lieux de soin. Et pendant ce temps, on se cause, on rêve, on se désangoisse... et en plus, on se marre ! C'est « profiter d'un moment avec des patients impatientes et des soignants insoignables. C'est sportif, c'est collectif, il y a de la méthode dans la prise en charge et c'est organisé : c'est pas en vrac. »

Le club, ça soigne le milieu. C'est le soin de la parole, le soin par la parole. Car comme dirait l'un de nous : « Mieux vaut être bien soigné que mal guéri. »

Aujourd'hui, on a fait du flan à la vanille, et il est bon. Vendredi, on fera un Arena soccer. On fait des puzzles aussi. Le fait d'en faire au centre Artaud, ça m'a redonné envie d'en faire un chez moi.

Apprendre à parler au singulier, sortir de sa timidité pour prendre des responsabilités au club, ça permet d'en prendre ensuite dans sa vie sociale : c'est thérapeutique. Quand on se sent utile, ça construit quelque chose en soi qui finit par rayonner à l'extérieur, dans notre vie. Les autres deviennent des rayons de soleil ; ils nous inspirent par leur richesse. Car chacun a sa place sur terre. Ici, on apprend à la trouver.

Le club thérapeutique, dans l'extra-hospitalier, c'est un lieu de vie : ça sort de chez soi, car la solitude, ça pèse. Quand on rentre, parfois, il n'y a personne, ou juste la télé. Mais on sait qu'en cas de coup dur, il y a l'astreinte 24h/24 : on sait qu'on nous répondra. Le club nous apprend aussi à développer notre capacité à être seul, à "vivre avec".

Dans l'intra-hospitalier, le club, c'est une bulle d'oxygène pour patients et soignants, luttant contre l'inertie et ce jour sans fin que peut être une hospitalisation en psychiatrie... Ça permet de trouver un peu de souffle,

d'énergie et de liberté dans des contraintes toujours plus pesantes, d'avoir un peu de tranquillité, de dialogues et de couleurs dans un environnement terne.

Le club, c'est aussi une réponse à la violence du monde. C'est une nécessité qui pallie les manques de l'État. Car les chiffres sont brutaux : le RSA est à 652 euros, l'AAH à 1016 euros, alors que le seuil de pauvreté pour une personne seule s'élève à 1288 euros...

Alors, on s'organise. Il y a le fond de solidarité, un dispositif d'entraide et de soutien financier visant à assurer à chacun des conditions d'existence dignes. Le fond de solidarité a fêté ses 10 ans en 2025 : il aide à traverser les galères et par exemple à payer les titres de séjour. Il y a l'épicerie solidaire, née de l'initiative d'une patiente, devenue un partenariat avec la Banque alimentaire de la Marne pour celles et ceux qui en ont le plus besoin. Il y a aussi la friperie solidaire, pour pouvoir se vêtir quand on a rien.

Cette solidarité, on la retrouve dans tout le secteur. Elle aide à maintenir une dignité pour toutes et tous, un refus de l'humiliation.

ET COMMENT ÇA CIRCULE DANS TOUT ÇA ?

L'interclub thérapeutique, c'est l'ouverture des murs de l'hôpital et la liberté de circulation : **« Circulons, y a tout à voir ! ».**

Concrètement, c'est se rencontrer, se retrouver, et créer ensemble les Semaines De La Folie Ordinaire, un festival qu'on a inventé et qui a essaimé depuis, avec une proposition très variée où chacun peut trouver une place, à la fois dans l'organisation, l'exposition, la présentation, des espaces où l'on discute avec le public. L'interclub, c'est aussi tenir un chalet sur le marché de Noël de Reims, organiser des friperies solidaires, des fêtes...

C'est parier, autant que possible, sur l'ouverture. Pourtant, aujourd'hui, nous n'avons pas pu venir avec nos camarades hospitalisés : les vertus thérapeutiques d'un meeting politique et citoyen, c'est pas toujours compris par les établissements. On a encore du boulot pour traiter la contrainte hospitalière quand on en est au plus proche... L'un d'entre eux disait en parlant de ses venues au club depuis l'intra-hospitalier : « Ça améliore ma santé mentale : je suis resté des années où je ne faisais plus rien, et là ça me met en mouvement, ça m'anime, ça me donne de l'espoir. »

En somme, loin des protocoles, du travail devenu si réglementé et si rigide, ce que nous vivons ici, avec l'interclub, ce sont des rencontres co-construites, un espace d'apprentissage de la liberté, pour les patients comme pour les soignants. C'est la découverte de sa capacité à créer, à débattre, à décider ensemble, à penser collectivement. **C'est un espace d'émancipation thérapeutique, non pas seul chacun dans son coin, mais adossé à quelques autres pour s'ouvrir au monde, pour nous, le cœur du soin.**



SERGE KLOPP, *Référent psychiatrie du PCF, représentant du PCF au Printemps de la psychiatrie*

POUR UNE SANTÉ MENTALE DE QUALITÉ ET UNE PSYCHIATRIE HUMAINE !

Notre ambition politique au PCF est de garantir à chaque citoyen en souffrance, de la plus grave à la plus bénigne, l'accès à un soin de qualité individualisé, tenant compte de sa singularité que ce soit sur le plan biologique, psychique, social et de son histoire propre.

Nous souhaitons d'abord attirer votre attention sur l'aspect le plus dangereux et néfaste pour la santé psychique de notre population du projet de Loi sur les Centres experts : c'est le fait que le Secteur devienne dispositif de 2^{nde} ligne, la 1^{ère} ligne étant composée des médecins généralistes, et des psychiatres et psychologues libéraux.

Notre ambition politique au PCF est de garantir à chaque citoyen en souffrance, de la plus grave à la plus bénigne, l'accès à un soin de qualité individualisé, tenant compte de sa singularité que ce soit sur le plan biologique, psychique, social et de son histoire propre.

Nous souhaitons d'abord attirer votre attention sur l'aspect le plus dangereux et néfaste pour la santé psychique de notre population du projet de Loi sur les Centres experts.

C'est le fait que le Secteur devienne dispositif de 2^{nde} ligne, la 1^{ère} ligne étant composée des médecins généralistes, et des psychiatres et psychologues libéraux.

Alors que le premier problème de la population, c'est de ne plus pouvoir accéder aux soins dans le cadre du dispositif public de Secteur, on ne pourrait plus y accéder directement.

Il faudra impérativement y être adressé par un des acteurs de 1^{ère} ligne.

De ce fait, une majorité de patients actuellement suivis en CMP et CATTP devront se rabattre sur leur généraliste s'ils en trouvent, particulièrement ceux qui n'ont pas les moyens de payer un psychiatre de Secteur 2, ou un psychologue au-delà de ce qui est prévu par Mon psy !

Ou de renoncer en se disant que ça va passer, chose qu'en tant que patient j'ai vécu récemment.

Rappelons que, déjà, des millions de personnes en souffrance n'ont pour tout soin que la prescription d'antidépresseurs, alors que l'on sait que leur efficacité disparaît s'ils ne sont pas associés à une psychothérapie, et des millions sont sans aucun soin et n'ont pas conscience de ce qui leur arrive.

Mais on sait qu'il ne suffit pas d'avoir accès aux soins pour être bien soigné.

Aujourd'hui domine, au nom d'une pseudoscience, un modèle exclusivement biomédical, niant aussi bien la dimension psychique que sociale de la maladie. Pseudoscience parce qu'il s'agit d'une idéologie libérale qui tord ce que nous dit la science notamment l'imagerie médicale.

Mais en niant à la personne ses dimensions psychique et sociale, c'est son humanité même que l'on nie !

Tout n'étant que dysfonctionnement neuronal, le soin n'est plus centré sur la personne mais sur le symptôme, qu'il suffit de traiter. On passe de la nécessité de la continuité relationnelle des soins à celle du traitement.

L'intérêt c'est que cela permet la standardisation, voire l'industrialisation du soin : économiquement c'est super, sauf bien sûr si on intègre le coût humain.

Or, si on généralise les Centres experts, à qui à votre avis le généraliste qui est en difficulté avec un patient va-t-il l'adresser ? Au Secteur ou au Centre expert ? Qui est là justement pour établir un diagnostic, instaurer un traitement et réadresser le patient, suivant les besoins, vers la 1^{ère} ou la 2^{ème} ligne. Mais il ne se contente pas de réadresser, il le fait en donnant le programme de soins à suivre.

Les Centres experts étant fondés sur ce modèle biomédical, il n'y aura plus de place pour toute autre approche dans le cadre du Service public de Secteur !

C'est-à-dire qu'il n'y aura plus possibilité de bénéficier de soins de qualité individualisés dans le cadre du Service public !

Le meilleur moyen d'empêcher cette dégradation sans précédent de la qualité des soins et donc de la santé de la population, c'est de réaffirmer que le Secteur est le dispositif public de 1ère ligne chargé d'accueillir toutes les souffrances psychiques quelle que soit leur gravité et d'assurer en son sein une graduation des prises en charge en fonction des besoins singuliers de chaque patient.

Mais cela ne suffit pas, il faut revenir à une conception du soin prenant en compte la complexité biopsychosociale dans son historicité de chaque patient. Et cela concerne tous les soignants qu'il faut former à cette approche complexe.

Cela signifie qu'il faut arrêter de vouloir opposer les approches, qu'elles soient du côté de la social-thérapie, du comportementalisme ou de la psychodynamique.

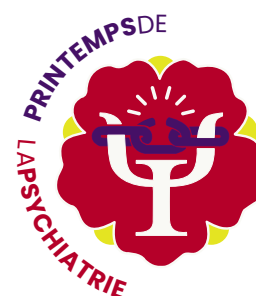
Il faut au contraire les utiliser en complémentarité mais aussi dans une coopération et une collaboration au sein des équipes. Dans ce travail l'apport de la psychanalyse n'est pas tant de faire des cures psychanalytiques que de donner du sens au symptôme et de permettre aux soignants d'analyser notamment en synthèse les effets du transfert, y compris pour ceux qui utilisent les techniques comportementales. Ce qui implique que, quelle que soit la technique, la relation psychique est toujours centrale.

En conclusion le Parti Communiste propose entre autres :

- De réaffirmer que le Secteur est le dispositif public de 1^{ère} ligne pour la Santé mentale de la population
- De redonner au Secteur sa mission fondamentale de continuité des soins relationnels
- De redonner au Secteur les moyens humains en nombre et en qualité pour assumer cette mission
- Ce qui implique de former spécifiquement tous les soignants à la biogénèse, la psychogénèse et la sociogénèse et ce dès le diplôme initial (et pour les IDE, pas que quelques Infirmiers de Pratiques avancées).
- De financer ces mesures au travers d'une Loi de programmation pluriannuelle
- D'en donner les moyens à la Sécurité Sociale au travers notamment de la cotisation des revenus financiers, en attendant de revenir à l'abrogation des ordonnances Jupée et un financement autonome de la Sécu par les cotisations et sa gestion par les salariés.

Mais vu la perte de ces valeurs du Secteur, cela impose d'élaborer une Loi cadre de refondation du Secteur.

C'est le sens de l'action politique que mène le PCF depuis près de 20 ans et que nous entendons poursuivre avec toutes celles et ceux (Syndicats, Partis, Associations, Citoyens) qui sont attachés à ces valeurs !



LE FIL CONDUCTEUR *Le fil conducteur psy regroupe depuis 2013 des familles, des patients, des soignants tous touchés par la maladie mentale. D'abord au sein du Collectif des 39, puis du Printemps de la Psychiatrie.*

CONTRE LA DÉMOLITION DE LA PSYCHIATRIE ET DU SOIN PSYCHIQUE : SES EFFETS SUR LES PATIENTS ET LES FAMILLES

Alors que ce début d'année 2026 est marqué par un intense travail de lobbying en faveur de Fondamental qui vise à financer et à développer la filière biomédicale française, pharmaceutique, technique et numérique, l'inscription envisagée de leurs « centres experts » dans le Code de la Santé Publique achève la destruction de l'approche clinique du soin en évacuant la dimension de l'écoute et de la parole dans la relation de soin.

Il s'agirait, selon le programme gouvernemental de « libérer la parole ... promouvoir l'écoute et l'inclusion dans tous les pans de la société » ... alors que ce début d'année 2026 est marqué par un intense travail de lobbying en faveur de Fondamental qui vise à « développer « la filière biomédicale française, pharmaceutique, technique et numérique » et précisément à supprimer parole et écoute dans la psychiatrie, laquelle n'en aurait plus que le nom tant elle ignorerait la psychè.

Si le projet de loi était voté, les centres experts seraient inscrits au code de la santé publique et seraient donc considérés comme établissements de soins. Ils auraient ainsi le permis de prescrire leur « parcours de soin coordonné » consistant en un traitement médicamenteux renouvelé par le généraliste, des séquences d'éducation délivrées par programmes informatiques (exemple, Mental Wise, Happy neuron, Simple pour les troubles bipolaires), le tout géré par un case-manager. Cela, selon le modèle « innovant », actuellement en expérimentation, du passeport BP, « bâti sur le traitement massif de données de santé publique » et sur « des logiques prédictives dans la prise en charge, orientant prévention et éducation des soignants ».

Vision orwellienne, délivrée très à propos en novlangue.

Vision technologique qui évacue précisément la parole et la relation de soin, et la possibilité d'adresser à quelqu'un qui ne saurait pas tout, l'expression de son délire, et de sa souffrance. Parcours dit « coordonné » à moindre frais et qui fait l'économie de la clinique psychiatrique, de la relation intersubjective construite dans la durée, qui puisse faire place à l'histoire du patient, à un cheminement psychique, et à la restauration du sujet.

La destruction des structures de soin ne peut être qu'accentuée par cette vision technologique, qui se dit scientifique et économique. Nous en observons déjà les effets catastrophiques, l'abandon des personnes à leur souffrance, à leur errance et, par conséquence, l'accès aux soins par les urgences, et dans les pires conditions, dans les situations de crise (comme le souligne le rapport d'information parlementaire de Mesdames Rousseau et Dubré-Chirat).

D'où les enfermements (et, faute de soins, la banalisation de l'isolement et des contentions), jusqu'au grand enfermement, quand la prison finit par être « le plus grand hôpital psychiatrique » suivant la Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL).

D'où, également, le rôle qu'on attribue aux familles. À elles de pallier la destruction de la psychiatrie. Elles ont voulu faire valoir leur expérience ... on les forme à « l'aidance ». On leur demande, sous le prétexte du virage ambulatoire, de faire respecter l'obligation de soins à domicile, de démontrer qu'elles sont capables comme « veilleurs au quotidien » d'éviter les rechutes et les hospitalisations de leur proche.

On oublie que l'irruption de la crise psychotique frappe aussi les familles et les fratries jusqu'au vertige : on leur demande avant tout d'être compétentes ; **les familles qui étaient le problème, se doivent, maintenant, d'être la solution.**

Or c'est toute la complexité des relations familiales, de l'histoire familiale, de la place de chacun dans l'ensemble de ces relations et de cette histoire, qui est en jeu. Et la subjectivité de chacun, atteint dans son être même.

Que la famille fasse partie de la solution, cela serait possible, cela est souhaitable, à condition de la considérer, non pas comme une variable économique et un objet-système à éduquer et à modeler, mais comme une constellation de sujets à soutenir, sans aucun doute, avec lesquels entrer en conversation. Ce serait aussi s'appuyer sur sa réflexivité, à partir de l'expérience étrange de la folie du proche, et de la mise en question qu'elle opère sur l'existence de chacun des sujets du groupe familial.

Bref, la « médecine de précision » dont se targue Fondamental, ne veut plus savoir que nous sommes des êtres de langage : elle ignore le psychisme, et la folie comme recherche exaspérée d'un salut, comme expérience humaine qui interroge notre existence et qui requiert d'être reconnue mais aussi contenue et rassurée par la présence et le souci de l'autre.

***« Pour soigner, il faut habiter le monde de l'autre,
et pour habiter, il faut du temps : le temps n'est pas une variable »***
(Tosquelles).



BERNARD ODIER, *Psychiatre, ancien président de la Fédération Française de Psychiatrie et du Conseil National Professionnel de Psychiatrie.*

LA GRADATION DES SOINS, UN MIRAGE TECHNOCRATIQUE DANGEREUX EN PSYCHIATRIE

À la réponse aux besoins de soins psychiatriques spécialisés s'ajoute de plus en plus pour la psychiatrie l'évaluation et l'orientation de nouvelles demandes. Le modèle médical de la gradation des soins est inadéquat en psychiatrie car il méconnaît la complexité du cheminement vers les soins qui bénéficient au contraire de la multiplicité des portes d'entrée.

La psychiatrie de secteur a soixante ans. Le secteur psychiatrique a été construit pour répondre aux besoins en soins et traitements psychiatriques de la population.

Il est « à bas seuil », terme utilisé en santé publique, avec sa gratuité, sa proximité et l'accès direct. Il anticipe sur la demande de soins et la favorise.

Sa structuration est antérieure aux définitions successives des soins primaires, de proximité, de première ligne, de premier recours, vocabulaire instable pour les généralistes et qui l'est encore davantage si l'on s'aventure dans les deuxièmes et troisièmes lignes.

À l'époque de sa création, les soins hospitaliers étaient le plus souvent des soins sans consentement. Les soins ambulatoires étaient balbutiants. La psychiatrie de secteur ne s'est développée qu'après 1968, et s'est généralisée avec son financement par la Sécurité sociale en 1985. Elle s'est développée partout jusqu'au coup d'arrêt en 2001 avec la régionalisation et a régressé depuis 2008 avec Sarkozy, le tournant sécuritaire et la loi HPST.

En soixante ans, le périmètre de l'action psychiatrique a changé. Moitié par diminution des autres recours (religions, etc...), moitié par acculturation à la chose psy (et sur ce point la psychanalyse a fait beaucoup), moitié par durcissement des conditions de vie (durée du trajet domicile-travail qui augmente et empiète sur la sphère privée, management néo-libéral qui augmente la pénibilité du travail) une souffrance existentielle s'est développée et généralisée et de nouvelles demandes se sont développées rapidement, dont il n'est pas simple de dire si ce sont des demandes de mieux-être, de moindre souffrance, ou de traitement psychothérapeutique ou psychiatrique. Beaucoup ont été adressées à la psychiatrie, saturant les CMP et les psychiatres libéraux. Le terme de santé mentale vient noyer tout ça, brouille les cartes et légitime de nouveaux acteurs.

À la réponse aux besoins de soins psychiatriques spécialisés s'ajoute donc de plus en plus pour la psychiatrie l'évaluation et l'orientation de nouvelles demandes concernant des états chaque fois de plus en plus loin des pathologies identifiées aux traitements évalués et codifiés. **Un marché s'est ouvert pour des bonimenteurs de différentes espèces.** Passons rapidement sur les promesses des charlatans pour nous intéresser à la façon dont l'unité de la psychiatrie elle-même est fissurée par cette demande à la croissance exponentielle. Le Vinatier, qui est dirigé par le président actuel des directeurs d'établissements psy, propose et diffuse avec un certain succès un « protocole de coopération » qui, sur la base d'une classification empirique des malades en « gravité légère, gravité modérée et gravité sévère », répartit les patients et les traitements entre infirmiers, infirmiers de pratique avancée et psychiatres. À côté, les psychologues de « Mon psy », près de dix mille aujourd'hui, peuvent traiter en accès libre des états anxieux et dépressifs « de gravité légère ou moyenne », distinguo auquel leurs études ne les ont pas préparés. A l'autre bout du spectre des sévérités, un ensemble de structures psychiatriques spécialisées ou hyperspécialisées auto-proclamées « troisième recours » se constitue peu à peu. Là aussi, leur caractéristique numéro un est l'accès direct, indispensable pour pouvoir prétendre à des délais de rendez-vous raccourcis.

Le temps me manque aujourd'hui pour distinguer les « centres ressources », les « centres de référence », les « centres d'excellence thérapeutique », enfin les « centres experts » de Fondamental. Ce à quoi réagissent les professions psychiatriques, c'est au putsch, au pronunciamento que constitue l'auto-proclamation comme « troisième recours ». **Bourdieu expliquerait que tout cela est un problème de lutte pour la domination symbolique et décrirait la course à l'échalote pour parvenir ou rester en haut de la hiérarchie.** Il ajouterait qu'en l'occurrence il n'y a pas une mais quatre hiérarchies en psychiatrie, la clinique, l'universitaire, la scientifique et la médiatique. Et que ces quatre hiérarchies ne sont pas les mêmes.

Pour la hiérarchie clinique, les malades les plus difficiles sont suivis et soignés par les secteurs psychiatriques y compris dans leurs formations spécialisées que sont les « Unités pour malades difficiles ». La clientèle des CMP est celle qui cumule deux facteurs de gravité : une classe socio-professionnelle plus basse en moyenne que les autres clientèles, et un nombre de co-morbidités par malades plus élevé.

Se pose cependant avec insistance la question de l'opportunité d'un tri, protégeant de la noyade sous la masse les CMP, victimes en quelque sorte de leur succès. Ce sont alors des parcours de soins fléchés qui sont proposés, « dispositifs de soins partagés » comme en Haute-Garonne, réseau de partenaires intégrant les psychologues comme « Yvelines Sud », seuls à être un peu évalués et surtout les seuls à être connus des décideurs (Cour des comptes, etc...).

Mais l'utilité en psychiatrie de plusieurs portes d'entrée dans les soins n'est plus à démontrer. C'est que le cheminement de la demande y est plus compliqué. Cela n'est facile pour personne de se décider à aller chez le dentiste, mais on ne me contestera pas que c'est plus compliqué encore de prendre rendez-vous chez un psychiatre.

Ainsi la patientèle d'un CMP est de provenance très variée : patient venu de lui-même, venu accompagné par des proches, orienté par un généraliste ou un infirmier libéral, adressé par un SAS ou un SAU, au décours d'une hospitalisation parfois sans consentement, ...

L'OMS a renoncé pour cette raison à préconiser la structuration en psychiatrie d'une gradation des soins ^[1]. Rappelons qu'en France celle-ci n'existe que pour l'hospitalisation, et pour celle-ci seulement dans quelques spécialités, comme les maternités.

Inscrire les centres experts de Fondamental dans le code la santé publique n'est pas la bonne réponse à l'inadéquation du système de soins actuel et confirmerait l'improvisation qui caractérise le pilotage du système de soins depuis plus de vingt ans. D'une part leur volume d'activité (20.000 consultations depuis 2006) est sans rapport avec la desserte en soins psychiatriques réalisée par les CMP (380.000 enfants & 2 millions d'adultes consultants pour la seule année 2023), d'autre part leur spécialisation dans les maladies graves les rend inaptes à répondre à la part de la demande qui est en augmentation rapide.

RÉFÉRENCES

¹ LANDMAN, POTIER; Recours en 3^{ème} ligne psychiatrique en Angleterre ; janvier 2026 ; C:/Users/User/Downloads/infographie_psychiatrie_uk_attributed%20(1).html



BENJAMIN GAVROIS IDE au CAC Amado depuis une dizaine d'années,
par ailleurs représentant du personnel CGT et membre du collectif de défense du CAC Amado.

LE CAC, QUAND UN MODÈLE DE PSYCHIATRIE DE SECTEUR À REPRODUIRE EST SUR LE POINT DE DISPARAÎTRE

Mettre en avant l'histoire du CAC, son intérêt local, dans le territoire, dans le temps et pourquoi/comment les développer, plutôt que des centres experts bien moins essentiels pour le fonctionnement de la psychiatrie publique actuellement en grande souffrance.

Bonjour à tous, merci d'être là pour qu'on puisse partager collectivement nos savoirs et nos expériences.

Je me lève pour parler :

Pour ma part, j'ai pris le parti de vous parler d'**un de mes thèmes favoris, celui de la lutte** et vaut mieux lutter debout (non ?) : je crois qu'on peut dire sans trop prendre de risque que la psychiatrie et la lutte sont intimement liées dans l'histoire.

Mais on fait souvent l'erreur de penser que lutter c'est être contre ceci ou cela.

Alors qu'en réalité, c'est plutôt une méthode pour mettre en avant des solutions à des difficultés. Et en voici une de solution : **face aux centres expert, proposons plutôt les centres d'accueil et de crise.**

En préambule quand même, des présentations s'imposent : Je m'appelle Benjamin Gavrois, je suis infirmier diplômé d'état, et je travaille en psychiatrie depuis plus de 10 ans dans un CAC.

Pour compléter le tableau, je suis aussi représentant du personnel CGT et membre du collectif de défense du CAC Amado (vous comprenez mieux pourquoi la lutte).

Pour aborder ce vaste sujet, je vais vous parler d'une situation concrète que je connais bien, **celle, justement, du CAC Amado.**

Tout d'abord qu'est-ce qu'un CAC, ce sont des unités psychiatriques, on en compte environ 70 seulement, alors qu'il y a plus de 800 secteurs en France. Méconnues donc car malheureusement insuffisamment nombreuses.

Les **Centres d'Accueil et de Crise sont ouverts 7j/7, 24h/24.**

Ils sont situés dans le, ou les secteurs, desservis ou bien à proximité immédiate.

Ils assurent soins et traitements dans des petites unités à taille humaine.

Ils mobilisent une équipe pluriprofessionnelle (avec un rôle particulier pour les infirmières et les infirmiers, on va y revenir ...).

Ils proposent des consultations (souvent répétées), un accueil à temps partiel structuré mais malléable (comme des repas thérapeutiques par exemple) et aussi la possibilité d'une hospitalisation à temps plein (de courte durée / généralement pas plus de quelques jours).

Ils ont un rôle central - de pivot dans le secteur auquel ils appartiennent.

Et du fait de cette articulation étroite, ils favorisent les orientations rapides les plus diverses vers les modalités de soins les plus adéquates.

Tenez, (c'est gratuit) un exemple d'avantage très concret : on n'y observe pas les 60 à 70% de patients qui se perdent en route entre les SAU et les CMP auxquels ils sont adressés avec (parfois) un courrier.

Maintenant la présentation générale faite (histoire que vous voyez globalement de quoi il est question), **parlons un peu plus du CAC Amado en particulier.**

Cette unité est la victime absurde des politiques de santé libérales qui ont cours.

Quand les budgets baissent et/ou sont mal distribués, on ferme ce qui fonctionne bien pour des mauvaises raisons (ou pour être plus précis, pour ce qui est du CAC on essaye de le faire fermer – mais on y revient, la lutte toujours).

Plusieurs conséquences immédiates, comme une nouvelle augmentation mécanique des flux de patients (dits psychiatriques) dans les SAU (qui ne sont pas assez saturé peut-être ?).

Et puis c'est aussi une bonne nouvelle pour le privé, à qui on offre encore un boulevard au marché bien « juteux » de la psychiatrie, qui fait la joie des actionnaires des grands groupes lucratifs (comme Korian devenu Clariane – contre eux aussi on se doit de lutter).

Dès lors **le personnel s'est regroupé en collectif**, s'est aussi rapproché des syndicats, s'est senti légitime à tout faire pour sauvegarder cette unité qui devrait servir de modèle et non pas disparaître selon nous.

Pour quelle raison pourriez-vous me demander ?

Et bien **pour préserver une vision humaniste des soins** qui y sont prodigués, reconnus par les patients comme tel, qui nous ont toujours soutenu (ce qui, aussi, nous a conforté dans l'intérêt de notre lutte).

Pour que ça marche, **pas de contention ou d'isolement, le minimum de privation de liberté** et des levées de contrainte les plus rapides possible.

Sans oublier une inclusion, importante, celle de l'entourage familial, avec l'accord des patients bien sûr.

Cette forme de soins n'est pas animée par un fonctionnement se focalisant sur l'expertise ou purement médico-centré, ou bien ayant comme objet la recherche au dépend des patients, ni dans une autre forme de recherche, celle du profit.

Ce qui doit être porteur (et ne l'est malheureusement plus assez), **c'est savoir accompagner la crise pour la résoudre au mieux, c'est savoir tisser des liens. C'est savoir créer une atmosphère positive qui soutient et qui accompagne.**

C'est aussi savoir ne pas être dans la recherche du diagnostic à tout prix.

Notre recherche doit être celle des soins dans la durée.

N'oublions pas non plus le travail de prévention qui se construit dans un maillage territorial : un CAC doit être connu, il faut faire le lien (avec la mairie, les écoles, les associations, les pharmacies, les médecins et psychiatres libéraux ... et évidemment les patients), c'est un ancrage qui se travaille en continu.

Enfin, c'est aussi une réponse à la problématique de la pénurie médicale : ce sont les paramédicaux (et je dirais les infirmières et les infirmiers en particulier) qui sont le fer de lance de ces unités. Dans un CAC, ils font l'accueil, sont à l'écoute et savent faire preuve d'indépendance et d'autonomie, en dehors du rôle prescrit classique.

Ils savent plus facilement s'extraire du scientisme à tout prix.

Je voulais terminer mon laïus, par un petit bout de **l'histoire même du CAC Ginette Amado** du nom de la psychiatre qui en est à l'origine.

C'est une histoire qui démarre dans la lutte, on pourrait même dire qu'il s'agit d'une révolution : créé en 1981 pour contrer les pratiques de son époque. Il s'agit de faire sortir les patients de l'asile et permettre à chacun de retrouver la liberté.

Pas de contention, plus de chambre fermée à clef (une vraie lutte comme on les aime).

Alors, pour que cette histoire puisse perdurer, on se doit de continuer de lutter encore et toujours.

Dès qu'on s'arrête, qu'on laisse l'inertie s'installer ou qu'on croit acquis nos droits ou nos modèles pour toujours, on prend le risque d'une dégradation lente, mais réelle et quasiment inéluctable, dans une société qui a pour sacerdoce le capitalisme (peut-être qu'il est là le principal sujet de la lutte finalement).

CHARLES OLIVIER PONS, *Pédopsychiatre, chef de pôle dans le Jura, président de l'USP et co-président de la Croix Marine du Jura.*

PASSER VOS ENFANTS À LA MACHINE... OU PASSEZ VOTRE CHEMIN

L'état actuel de la pédopsychiatrie est grave : face à la mise en place de centres experts et de plateformes de coordination et d'orientation, il est essentiel de défendre notre liberté d'obédiences diverses, permettant de croiser des regards multiples et complémentaires.

Jamais la pédopsychiatrie n'aura autant été attaquée et abandonnée alors qu'en 2025 et 2026 la Santé Mentale est grande cause nationale. Ne nous y trompons pas, ce n'est pas la psychiatrie la grande cause, et encore moins la pédopsychiatrie.

Mais ne vous inquiétez pas, voici émerger et se mettre en place les plates-formes de coordination d'orientation et de diagnostic, et aussi les centres experts. **À quand un fondamental junior... à quand une fronde à mental junior ?**

Là, dans ces lieux, point de narration, point d'histoire individuelle et familiale à déplier, point d'accompagnement sur mesure. On ne tricote pas du soin avec les enfants, les adolescents et leur famille. Standards, protocoles, cotations et groupes homogènes de patients sont là pour objectaliser toute personne qui s'y présente... après des mois d'attente, et pour quels résultats ?

Passé à la moulinette de questionnaires et de grilles, l'enfant sera affublé d'acronymes : TOP, TDAH , TSA et j'en passe , tous sous la bannière des TND, ceci au bénéfice des évaluateurs qui, au passage, font l'économie de la rencontre avec le sujet, et l'économie du « être avec ». Pas besoin, dans ces conditions, de découvrir l'Autre et son adversité, son humanité.

À ce jour, le législateur tente d'ériger ces différents centres en lieux de passage obligatoire où des experts auto-proclamés par la boursouffure pathétique de leur idéal du Moi dispensent diagnostics réducteurs et enfernants et conduites à tenir normées et calibrées.... **Du prêt à porter...**

Toute cette pacotille est une imposture et une escroquerie intellectuelle au service des neurosciences avec comme corollaire la prescription de médicaments soi-disant prometteurs et surtout lucratifs pour les laboratoires pharmaceutiques ...

Les familles en reviennent bien déçues de ces centres... pour en avoir reçues certaines, passées par ces centres, quel n'est pas leur étonnement quand des explications sont données. Explications tant au plan pharmacologique que psychopathologique, s'inscrivant dans une narration que personne n'a pris le temps de recueillir, de déplier et d'élaborer avec eux.... Choix du prénom, contexte de la venue au monde, quels enfants furent ces parents....

Mais il existe encore des lieux et des secteurs où l'accueil est inconditionnel, où les équipes ont encore à cœur d'écouter, d'observer, d'entendre, d'accompagner, d'analyser, d'innover, de se tromper, de recommencer, d'être surpris, de rire et de pleurer... Qui permet d'élaborer du soin sur mesure et surtout d'accepter la complexité du vécu, de l'expérience enfantine ou adolescente. Des équipes qui savent que le soin est une aventure de chaque jour, qui se joue dans les rencontres, dans l'inattendu, dans la spontanéité... C'est ce qui permet de ne pas objectaliser l'Autre, mais de faire chemin avec, d'être là, et quelques fois de faire un pas de côté....

Aujourd'hui, par ma voix de praticien hospitalier pédopsychiatre rural franc-comtois, par ma voix de président de l'Union Syndicale de la Psychiatrie, par ma voix de co-président de la Croix Marine du Jura, **je soutiens la liberté d'obédience** dont on voudrait nous priver, vivement attaquée ces derniers mois. **Je soutiens la pluralité des approches** qui doivent être complémentaires dans le soin. Notre pratique doit s'alimenter de l'apport de la pédiatrie, de la neurologie, mais aussi des sciences de l'éducation, de la pédagogie, etc... C'est à plusieurs voix que nous accompagnons nos patients, quel que soit leur âge.

En 2026, plus que jamais, rappelons que notre pratique est celle de la narration, abordant l'histoire de nos patients dont nous sommes les scribes, et qui doit être **le fil conducteur primordial**, certes accompagné de symptômes dont nous tentons de décrypter le sens avec nos patients, permettant de construire à plusieurs une histoire de vie singulière à chaque fois, mais **tellement riche quand elle est alimentée par la rencontre humaniste.**

JEAN-FRANÇOIS DELAPORTE *Psychiatre des hôpitaux (Gonesse).*

LES RECONFIGURATIONS DU SOIN : LA DÉRIVE VERS LE NON-SOIN EN PSYCHIATRIE

À partir d'un paradigme américain du non-soin, cette intervention alertera sur des transformations qui remplacent concrètement la réalité du soin, sans que le soin soit officiellement supprimé. En France, pour la psychiatrie publique, ce risque avance surtout par saturation, fragmentation et empilement réglementaire.

Je voudrais commencer par une scène récente, qui s'est déroulée aux États-Unis.

En février 2026, Robert F. Kennedy Jr., secrétaire américain à la Santé, a déclaré publiquement que certaines personnes pourraient perdre leur diagnostic de bipolarité en changeant leur alimentation, et que la schizophrénie aurait été guérie grâce à un régime cétogène. Le régime cétogène est un régime alimentaire qui consiste à supprimer presque tous les sucres pour forcer l'organisme à utiliser les graisses comme source d'énergie ; le foie produit alors des corps cétoniques, qui peuvent servir de carburant alternatif au cerveau. Cette approche a montré un intérêt dans certaines épilepsies résistantes. Mais le chercheur en psychiatrie dont Robert Kennedy invoquait les travaux a aussitôt rectifié : il n'avait jamais parlé de guérison de la schizophrénie, mais seulement, dans certains cas, d'une rémission possible, et qui plus est, avec la poursuite d'un traitement psychotrope bien conduit.

Le problème n'est pas de se lancer ici dans une controverse scientifique. **Le problème que j'aimerais souligner est le discours lui-même.**

Car, dans ce type de déclaration, plusieurs déplacements se produisent en même temps.

D'abord, le trouble mental est requalifié. Il n'apparaît plus comme une pathologie complexe, nécessitant une expérience clinique, une institution et une temporalité de soin, mais comme une simple défaillance métabolique ou comportementale.

Ensuite, la solution proposée n'est plus vraiment un soin. Elle devient une discipline de vie. On passe du traitement à l'alimentation, de la prise en charge à l'hygiène, de la relation thérapeutique à la correction des conduites.

Enfin, un troisième déplacement apparaît : celui de la responsabilité. Si l'on laisse entendre qu'on peut sortir d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire en changeant de régime alimentaire, alors la question implicite devient : si vous êtes encore malade, avez-vous vraiment fait ce qu'il fallait ?

Autrement dit, la maladie tend à devenir un problème de comportement individuel.

Ce discours du secrétaire à la Santé américain m'a intéressé moins pour lui-même que pour ce qu'il rend visible. Il donne une forme caricaturale et brutale à une transformation plus profonde du rapport contemporain au soin, analysée par Alexandre Monnin, philosophe, dans un texte publié dans AOC en juin 2025. Ce texte porte exclusivement sur les États-Unis.

Il décrit très précisément, pour ce pays et pour son système de santé, ce qu'il appelle le nouveau paradigme du non-soin. Un non-soin qui ne se présente jamais comme tel, et qui avance sous des mots positifs : efficacité, prévention, liberté, empowerment, soutenabilité.

Mais, pour Alexandre Monnin, ce basculement n'est pas un simple accident. **Il désigne un déplacement plus profond : une médecine américaine qui, dans son ensemble, vise de moins en moins à soigner, et de plus en plus à éviter le coût du soin.** Ce qui s'appelle la financiarisation.

Ce déplacement se fait par étapes. On redéfinit d'abord la médecine : il s'agit moins de prendre en charge des patients déjà malades que de prévenir, d'optimiser, de corriger les comportements, de rechercher les « causes profondes ». Puis on présente cette évolution comme une émancipation : chacun est invité à reprendre le contrôle sur sa santé grâce à des tests, des biomarqueurs, des plateformes numériques, des routines personnalisées.

Mais cette possibilité d'autonomie, soi-disant mise à disposition, masque souvent un retrait de la prise en charge clinique réelle. La mesure tend à remplacer la relation, l'évaluation tend à remplacer l'accompagnement, et le patient devient moins un sujet à soigner qu'un profil de risque à gérer. **Par contre, les données personnelles et sensibles sont bien enregistrées et bien stockées.**

Enfin, ce mouvement débouche sur une logique de tri : ceux qui peuvent se conformer aux normes de prévention et d'autosurveillance restent dans le champ d'une médecine valorisée ; les autres, les plus malades, les plus précaires, les moins compatibles avec ces injonctions, sont progressivement déplacés hors du soin effectif.

La question que j'aimerais aborder brièvement aujourd'hui est donc simple : **ce paradigme du non-soin, décrit pour l'ensemble du système de santé américain, peut-il être extrapolé à la psychiatrie publique française ?**

Bien sûr, la France n'est pas les États-Unis. Notre système reste, dans ses principes, structuré par le droit au soin et par une tradition de service public. Mais mon hypothèse est que, sans que cela ne soit jamais formulé explicitement, **certaines évolutions de la psychiatrie publique française** - ce mille-feuille administratif, gestionnaire ET sécuritaire, qui ne cesse d'assaillir les professionnels de ce champ d'action - **peuvent être relues comme les signes d'une transformation insidieuse du soin lui-même.**

Quelques exemples de cette transformation : désinvestissement des institutions, tri implicite des patients, injonction à l'autonomie, montée de centres dit experts non adossées au soin, mais avides de data, mise au pas et normalisation des établissements facilitées par le nouveau régime des autorisations en psychiatrie, et par le nouveau financement de la psychiatrie à l'hôpital qui va rendre la position des derniers résistants aux codages intenable. Le pilotage algorithmique des structures publiques de psychiatrie en France n'est pour l'instant que partiel, mais sa tendance à se renforcer fait peu de doute.

Avec, au bout du compte, une redéfinition du soin comme un processus conditionnel, fragmenté, centré sur l'évaluation et la conformité plutôt que sur la relation clinique durable.

Autrement dit, ce que nous voyons aujourd'hui, ce n'est pas seulement une psychiatrie en difficulté. C'est peut-être une psychiatrie dont la fonction sociale et politique se déplace. Une psychiatrie qui, faute de moyens et sous contrainte gestionnaire, tend moins à soigner qu'à évaluer, orienter, distribuer, filtrer.

Le problème n'est pas que le soin disparaisse frontalement. Le problème est qu'il se transforme. Le soin se transforme lorsque des structures faites pour accueillir et accompagner dans la durée deviennent, en pratique, des lieux de priorisation implicite. Un exemple : la transformation de CMPP en plateforme TND qui orientent vers des filières différenciées, où certains enfants seront suivis, et d'autres, simplement catégorisés puis oubliés. **Le soin se transforme lorsque la saturation chronique** avec ses délais et l'impossibilité de suivre durablement, **opère une sélection devenue ordinaire** et de moins en moins interrogée. Il se transforme lorsque certains patients trouvent encore un minimum de continuité des soins parce qu'ils sont stabilisables, coopératifs, insérables, tandis que d'autres - les plus précaires, les plus chroniques, les plus désorganisés - peinent à trouver leur place dans les circuits de soin.

La psychiatrie publique française n'est donc pas à l'abri de ce danger de changement de paradigme vers le non-soin décrit par Alexandre Monnin pour l'ensemble du système de santé aux États-Unis. Il ne s'agit pas de dire que la psychiatrie publique française serait en train de cesser de soigner. Il s'agit de dire qu'elle risque de changer de principe.

La question politique centrale devient alors la suivante : voulons-nous encore une psychiatrie publique fondée sur l'inconditionnalité du soin ? Ou acceptons-nous, peu à peu, une psychiatrie qui mesure, classe, oriente et responsabilise davantage qu'elle n'accompagne ?

Défendre la psychiatrie publique aujourd'hui, ce n'est pas seulement réclamer plus de moyens. **C'est défendre une certaine idée du soin :** un soin qui ne soit pas conditionné par la conformité du patient aux attentes du système ; un soin qui ne transforme pas la vulnérabilité en faute ; un soin, enfin, qui demeure une obligation intangible et collective.

Je vous remercie pour votre attention.

RÉFÉRENCES

• AFP Fact Check. RfK Jr overstates early evidence ketogenic diet treats schizophrenia. Disponible en ligne : <https://factcheck.afp.com/doc.afp.com.96AT7G3?utm> (consulté le 30 mars 2026).

• Monnin, Alexandre. Ne plus soigner : une tendance actuelle. AOC, 11 juin 2025. Disponible en ligne : <https://aoc.media/analyse/2025/06/11/ne-plus-soigner-une-tendance-actuelle/> (consulté le 30 mars 2026).

• Delaporte Jean-François. Vers une psychiatrie sans soin ? Extrapolations critiques à partir du paradigme du non-soin américain. L'Information Psychiatrique 2025 ; 101(7):523-527.

MANUELLA DE LUCA, Psychiatre, chef de service HDJ et CMPEA Brignoles, EpsyVAR, Professeure de psychopathologie psychanalytique et de psychologie clinique Université Paris Cité, Institut de Psychologie Boulogne, Laboratoire PCPP UR 4056, Présidente de la société de l'Evolution Psychiatrique.

DISPOSITIFS THÉRAPEUTIQUES EN EXTENSION : SOIGNER N'EST PAS EXPERTISER

Le point de départ de cette intervention se situe dans une pensée et une approche clinique se référant à une psychopathologie psychanalytique centrée sur les effets de la rencontre transférentielle. Ce positionnement prend en compte l'idée d'un continuum entre normal et pathologique excluant l'altérité radicale de la maladie mentale et considère la souffrance psychique comme une création du sujet un compromis face à une désorganisation plus menaçante et non pas comme un comportement anormal à rééduquer ou réhabiliter.

Au commencement de la clinique, Hippocrate propose un triptyque : observer, diagnostiquer et traiter. Les trois temps ne sont pas indépendants les uns des autres dans un échange entre un savoir construit sur l'expérience, une observation ultra-scopique au sens de Garrabé ne se limitant ni à ce que l'on voit ou ce que l'on écoute, mais ouvrant à ce qui ne peut dire qui ne peut se voir et à ce qui s'éprouve et se partage comme expérience humaine.

Comment éviter les glissements sémantiques actuels dans **les injonctions** des instances administratives comme les ARS notamment **qui nous font passer d'observer à évaluer** (la dangerosité, nos pratiques...), **de soigner à manager**, d'institution de soins à des hôpitaux comme outils de production industrielle ?

Il ne s'agit pas de s'opposer a priori à l'évaluation mais seulement d'**exiger qu'elle soit en adéquation avec l'objet qu'elle évalue** : la souffrance psychique et ses effets sur le fonctionnement des sujets, et les dispositifs construits en réponse à cette souffrance. Il semble plus exact de penser la dimension d'investigation du clinicien plutôt que de le cantonner à un rôle d'évaluateur. Etymologiquement investiguer consiste à « mener une recherche attentive (...) à suivre la trace ». Se tenir face à un sujet souffrant psychiquement nécessite une attention à ce que l'on peut comprendre comme appartenant à un corpus sémiologique dépressifs, psychotique, anxieux... mais aussi à accepter de se confronter à la singularité de chaque sujet dans l'expression de sa souffrance (expression bien sûr prise dans les effets de l'époque et de la culture) et aux traces laissées par les traumatismes et les expériences de vie passées. Ces traces peuvent ressembler à des vestiges d'une époque révolue, elles peuvent aussi envahir le présent dans une répétition qui semble ne pas avoir de sens faute de pouvoir se représenter.

L'investigation n'est pas une évaluation car elle implique une position non pas en extériorité et en surplomb comme l'évaluateur supposé n'être que pure objectivité, mais inséré dans la relation avec le patient. Gisela Pankow utilisait la métaphore de la descente aux enfers, c'est-à-dire de mobiliser ses capacités empathiques de se représenter la souffrance de l'autre pour mieux tenter de l'appréhender. Cela implique également une attention particulière aux effets de la rencontre qui se noue autour d'une alliance thérapeutique nourrie par la dynamique transférentielle y compris dans sa part la plus négative. La mise en avant du transfert et du contre-transfert offre la possibilité d'aller au-delà et souvent en deçà du comportement et des éléments manifestes au plus près de ce qui ne fait pas sens immédiatement mais qui pourtant par la souffrance tente de nous faire signe.

Le triptyque Hippocratique se termine sur la dimension thérapeutique de l'approche clinique. Les dispositifs thérapeutiques ne peuvent donc se penser qu'en articulation avec les caractéristiques de la souffrance des sujets mais aussi avec leurs singularités et leurs potentialités, on ne peut les réduire à des protocoles se répétant mécaniquement une fois le diagnostic établi par et dans une classification.

En effet, les modifications de l'expression de la souffrance psychique, dont les effets de la pandémie du covid sont paradigmatiques, **amène les cliniciens à mobiliser leur créativité** (souvent réduite à l'innovation

dans le langage managérial) pour lutter contre un double immobilisme, le premier lié à la maladie mentale, le second à la pseudo rationalité administrative.

Dans les suites du COVID 19 **la souffrance des adolescents s'est manifestée intensément** dans les tentatives de suicide et les troubles des conduites alimentaires. Ces dernières permettent de penser des dispositifs thérapeutiques aux frontières avec la médecine, les thérapies individuelles et groupales, le soin psychique et le soin corporel, le travail avec les familles et l'école. A partir d'un financement obtenu sur un appel à projet **un hôpital de jour pour adolescents présentant des troubles des conduites alimentaire a été ouvert** avec comme condition de proposer des évaluations rapides pour des troubles sévères. Ce cahier des charges dans sa dimension contraignante a néanmoins permis de l'inclure dans une dynamique thérapeutique au service de ces adolescents et d'en faire un support d'inscription dans les soins. Ainsi, le déni des troubles et l'hyperinvestissement scolaire des patients rend souvent impossible les soins hospitaliers. La dimension intensive de l'investigation a été un attracteur et un inducteur de la relation thérapeutique. La construction secondaire d'un projet thérapeutique très progressif une demie à une journée par semaine a permis que les patients éprouvent les bénéfices du soin, accepte de reconnaître leur souffrance et fassent l'expérience de l'importance du transfert comme support de transformation. La possibilité d'avoir des cours au sein de la structure de soin étant aussi un levier majeur dans l'acceptation des soins.

La construction du projet de soins accepté et validé par l'ARS s'inscrivait dans **une approche psychopathologique référée à la psychanalyse**. Progressivement, une remise en cause du bien-fondé de cette orientation par la direction administrative de l'hôpital est venue mettre à mal la pérennisation du projet malgré son efficience financière (taux de remplissage, file active, durée de séjour, réinsertion des patientes...) et les retours positifs des adolescents et de leur famille. **Ce dispositif a donc été interrompu**, sans qu'il ne puisse être proposé d'alternative thérapeutique aux adolescents.

Pour conclure, **les ARS comme les directions des hôpitaux nous contraignent** dans nos pratiques thérapeutiques mais alors que jusqu'ici leurs critères étaient économiques ils s'autorisent à y adjoindre des critères théoriques, réfutant l'approche psychodynamique **au profit d'une approche neuroscientifique exclusive**. La souffrance psychique et les soins qui la prennent en charge ne sont pas des productions industrielles. Les soins institutionnels se pensent dans une dimension collective au sens de J. Oury et reposent sur un esprit des soins comme le définit Racamier, **une pensée clinique qui doit rester en adéquation avec les spécificités individuelles des patients** et se nourrir des effets de la rencontre dans un espace thérapeutique contenant, cohérent et dynamique.

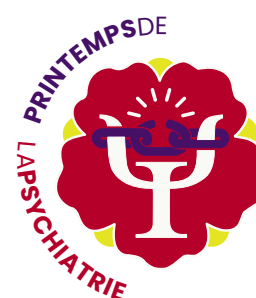


TABLE RONDE 3

#FINANCEMENTS

EN QUOI CETTE PROPOSITION DE LOI, PRÉTENDUMENT INSCRITE DANS UNE DÉMARCHÉ D'ÉCONOMIE BUDGÉTAIRE, S'INSCRIT-ELLE DANS UNE VISION NÉOLIBÉRALE LARGEMENT COMPATIBLE AVEC LA PRIVATISATION LUCRATIVE DE LA PSYCHIATRIE ?

INTRODUCTION PAR LES MODÉRATEURS

CATHERINE SKIREDJ-HAHN,

*Famille, sociologue,
Le fil conducteur.*

PASCALE BEAU,

Psychiatre.

APRÈS MIDI 14H00

EMMANUEL VENET DIX-HUIT MILLIARDS EN MONNAIE DE SONGE	P37
JULIA DUPLESSY QUELLES RESSOURCES FINANCIÈRES POUR LES LUTTES ? COMMENT SE TRAMENT NOS ALLIANCES ?	P39
MATHIEU BELLAHSEN LE SANTÉ-MENTALISME ALGORITHMIQUE	P41
ALBERT CICCONE LE DISPOSITIF « MONSOUTIENPSY », UN POGNON DE DINGUE	P43
JOCELYNE GOÛT UNE RÉFORME DE FINANCEMENT CONTRE LE SOIN PSYCHIQUE	P45
COLLECTIF POUR LE SOIN PSYCHIQUE 13 ÉTHIQUE ET POLITIQUE DES FINANCEMENTS DU SOIN PSYCHIQUE	P47



EMMANUEL VENET, *Écrivain ayant publié une quinzaine de livres, principalement chez Verdier, Gallimard et La Fosse aux ours. Il a également travaillé comme psychiatre pendant une quarantaine d'années, essentiellement à l'hôpital public.*

DIX-HUIT MILLIARDS EN MONNAIE DE SONGE

La fondation FondaMental se fait fort de permettre, grâce à la généralisation des centres experts, une économie de 18 milliards par an sur le budget de la psychiatrie. Somme ahurissante si on la rapporte aux 23 milliards que l'assurance maladie consacre annuellement à cette discipline déjà paupérisée à l'extrême. Quelle arithmétique permet d'en arriver là ?

Combien coûte la maladie mentale ? La question semble légitime, en tout cas pour un politicien chargé d'élaborer un projet gouvernemental ou pour un fonctionnaire chargé d'équilibrer un budget sanitaire. Mais, à y regarder de plus près, c'est une question pleine de pièges parce que la maladie mentale ne coûte pas que de l'argent : elle coûte aussi de la joie de vivre, de l'activité, de la productivité, de la fécondité, de la longévité. C'est ce que la fondation FondaMental, dans un bel élan de pensée quantophrénique, s'est employée à calculer. Les chiffres datent un peu puisque je les tire d'un essai paru en 2018¹, mais ils nous serviront de charpente logique à cette réflexion.

Dans cet essai, il est affirmé que « la psychiatrie coûte 109 milliards d'euros par an »² en 2012. Ce chiffre global recouvre le coût direct payé par l'Assurance maladie (13,4 M€) et le secteur médico-social (6,3M€), les pertes en productivité (24,4 M€) et la perte en qualité de vie (65 M€). Depuis la parution de cet ouvrage, les auteurs de ce calcul ont proposé au gouvernement d'économiser 18 M€ par an si l'on adopte leur manière de soigner, c'est-à-dire de poser les bons diagnostics et de prescrire les bonnes médications.

Lorsque j'étais écolier, je ne comprenais pas pourquoi il est interdit d'ajouter des carottes et des navets : quand on mange au restaurant, on y ajoute sans vergogne de la salade, de la viande et un dessert pour obtenir, en général au moment du café, une addition en bonne et due forme. Cependant, si l'arithmétique de FondaMental additionne impeccablement des milliards, l'hétérogénéité des carottes et des navets auxquels renvoient ceux-ci me permet de mieux comprendre l'interdiction prononcée par mes instituteurs, et cela mérite qu'on s'y arrête.

CES CHIFFRES SE DÉCOMPOSENT EN TROIS CATÉGORIES DE COÛTS :

1] LES COÛTS DIRECTS

Ils correspondent à ce que paye la sécurité sociale en hospitalisations, consultations, transports sanitaires et dépenses pharmaceutiques. Page 261 ils sont évalués à 13,4 MM€ en 2012, trois pages plus loin ils bondissent à 23 MM€ en 2016, soit +71% en 4 ans, sur une période où l'indice des prix a augmenté de 0,3% : première étrangeté. **Gardons le chiffre de 23 MM€**, qui semble le plus proche de la réalité. Page 281, on découvre un autre poste de dépenses directes non encore comptabilisées : les arrêts de travail liés à la pathologie psychiatrique, pourtant financés en partie par la sécurité sociale. Ils sont évalués à 5,2 millions d'euros, ce qui représente manifestement une coquille qu'on pardonnera aux auteurs : il s'agit bien entendu de milliards. Il semble que ce calcul des coûts directs omet celui de l'invalidité et du handicap. Celui-ci représentait globalement 51 MM€ en 2019³. Si la part de la psychiatrie représente 15%, comme dans le budget de l'assurance-maladie, il faut rajouter 7,5 MM€. En additionnant toutes ces carottes, bien qu'elles proviennent de récoltes étalées dans le temps et d'estimations à la louche, on obtient un coût direct de $23+5,2+7,5 = 35,7$ milliards d'euros par an.

2] LES COÛTS INDIRECTS

D'après les auteurs de l'essai susmentionné, ils correspondent à « la valeur de la production perdue du fait du chômage, de l'absence au travail, de la perte de productivité au travail et de la mortalité prématurée liée aux troubles mentaux », ainsi qu'à « l'impact sur les proches »⁴. Ils sont estimés, on l'a vu, à 24,4MM€, chiffre qu'il nous faut prendre comme il est faute d'avoir la moindre connaissance du mode de calcul dont il procède.

3] LES COÛTS INTANGIBLES

Il s'agit de la **quantification de « la perte de bien-être et de qualité de vie ressentis par le patient »**⁵. Son calcul repose sur un indicateur joliment appelé QALY, *Quality-adjusted life year*. Selon cette arithmétique, chaque année de vie vécue dans un état de bien-être représente un indice maximum de 1, lequel indice représente le PIB annuel par habitant. En 2007 il s'élevait à 29 765 €, en 2025 à 38 147 € si je calcule bien (soit + 28,1% en 18 ans, une augmentation plausible car très proche de l'évolution de l'indice des prix). Chaque perte de qualité de vie dégrade l'indice QALY : une dépression pourra l'abaisser à 0,5, un retard mental profond avec dépendance dans tous les actes de la vie quotidienne à 0 – c'est en tout cas le chiffre que risque de donner l'équipe soignante. Selon une étude menée en 2012 par une équipe dont Marion Leboyer faisait partie, la perte en qualité de vie représentait 65 MM€ par an. Soit à peu près la somme des budgets de la défense et de la justice.

Ce raisonnement épouse la logique du pretium doloris, ce « prix de la douleur » susceptible de donner lieu à une réparation financière bienvenue en cas de préjudice causé par autrui. Il y a quelque-chose de rassurant à penser que la souffrance humaine peut être compensée par un dédommagement, et l'invention d'un pretium morbi a de quoi séduire au premier regard. C'est une reconnaissance plutôt généreuse de ce que Lacan aurait peut-être appelé le manque-à-jour – de la vie. Mais il importe de souligner que cette estimation n'a aucun impact ni sur le PIB, ni sur le niveau de la dépense publique, ni sur le budget de la santé, ni sur le budget personnel des malades eux-mêmes.

Une image peut illustrer ce point mieux qu'un long raisonnement économique. Supposons un salarié qui travaille à temps plein, et qui continue à travailler pendant un mois comme d'ordinaire malgré des lombalgies. Pendant ce mois, son travail va lui coûter un surcroît d'effort en raison de la douleur, ce que traduit un indice QALY dégradé à 0,5. Si son employeur devait lui servir un pretium morbi, celui-ci s'élèverait à 1589,45€. Comme l'employeur n'a aucune obligation légale de verser une telle prestation, il peut considérer qu'il réalise une économie de 1589,45€. Si l'entreprise emploie 1000 salariés et si une perte de 0,2 points d'indice QALY concerne 100 d'entre eux, l'économie dépasse 750 000€. Mais la masse salariale à déboursier ne bouge pas d'un iota, le chiffre du coût du travail non plus, les revenus des employés pas davantage. Il s'agit d'un calcul hors sol pour technocrates généreux en monnaie de songe. Les 65 M€ de FondaMental relèvent d'une monnaie tout aussi virtuelle.

François Gonon l'a souligné et la fondation FondaMental l'a reconnu : la proposition d'économiser 18 MM€ par an que permettrait la généralisation des centres experts relève d'une estimation mal argumentée et d'extrapolations hasardeuses. La grande question concerne le poste sur lequel cette économie serait réalisée. S'il s'agit des coûts directs, ce sera une économie réelle pour les finances publiques, assortie d'un psychiatricide puisqu'il s'agirait de gommer la moitié d'une dépense de santé déjà insuffisante ; s'il s'agit des coûts indirects, il s'agirait d'effacer les trois quarts d'un manque à gagner, ce qui n'est pas rien mais s'avère déjà plus virtuel pour ne pas dire fumeux ; s'il s'agit des coûts intangibles, l'opération devient très simple : il suffit de considérer que l'indice QALY a évolué favorablement et que la perte de qualité de vie s'établit à 47 MM€ au lieu de 65 MM€ : dorénavant ce sera comme d'habitude mais quel bel affichage pour un gouvernement cherchant à se décerner un brevet de vertu gestionnaire !

Un point mérite attention. La perte d'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiques est considérable : environ 16 ans pour les hommes et 13 pour les femmes d'après une étude de l'IRDES⁶. FondaMental se fait un devoir de lutter contre ce scandale, et c'est à peu près le seul point d'accord que je me connaisse avec cette fondation. Mais le calcul oublie de noter que chaque année d'espérance de vie gagnée coûterait au bas mot 20 MM€ par an à la branche retraite de la Sécurité sociale, et pas en monnaie de songe. On peut regretter que FondaMental ne l'intègre pas dans son calcul.

RÉFÉRENCES

¹ LEBOYER M. et LLORCA P.-M., *Psychiatrie, l'état d'urgence*, Paris, coll Pluriel, Ed Arthème-Fayard, 2018.

² LEBOYER M. et LLORCA P.-M., op. cit., p. 260

³ Site securité-sociale.fr, consulté le 17/03/2026 à 11H.

⁴ LEBOYER M. et LLORCA P.-M., op. cit., p. 262.

⁵ Ibid

⁶ <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-espérance-de-vie-fortement-reduite.pdf>

JULIA DUPLESSY, *Infirmière aux hôpitaux de Saint Maurice, adhérente CGT, membre du collectif pour l'avenir des hôpitaux Saint-Maurice et les Murets.*

QUELLES RESSOURCES FINANCIÈRES POUR LES LUTTES ?

COMMENT SE TRAMENT NOS ALLIANCES ?

La fusion des Hôpitaux Saint-Maurice et les Murets (94) s'accompagne d'un projet immobilier de restructuration architecturale d'un montant de 308 millions d'euros. L'État ne finance que 30% de cette somme. L'hôpital va donc s'endetter massivement pour financer ce projet. Notre collectif, créé en 2023, rassemble élus du territoire, France Nature Environnement, usagers, USD CGT et non syndiqués. Il a lancé un recours juridique contre ce projet. Comment financer ce recours juridique ?

L'hôpital est sous financé, sa destruction est savamment orchestrée et nous voyons les rationalisations à l'œuvre de manière accélérée. Diminution du budget au niveau national, fusion des hôpitaux (Saint Maurice -dont Esquirol- a fusionné avec Les Murets il y a 2 ans), mise en application de la réforme du financement de la psychiatrie depuis janvier dernier (le travail de saisie des actes devient un enjeu de pression et de désorganisation visible au quotidien pour les soignants et secrétaires).

Mais aussi, pour ce qui concerne les HPEVM (Hôpitaux Paris Est Val de Marne), un projet de restructuration immobilière d'ampleur qui va endetter les HPEVM à hauteur de plus de 200 millions d'euros.

Le but avancé de ce projet : optimiser les flux. En effet, d'un point de vue topographique, l'hôpital est sur une colline. Alors on va jusqu'à dire que c'est un frein à la circulation des patients et des soignants, du matériel, et la direction pense d'ailleurs davantage à la circulation des camions de livraison dans l'hôpital qu'à la manière dont on soigne.

Concrètement, la partie basse du site Esquirol doit être cédée en bail emphytéotique pour une bouchée de pain au privé lucratif (pépinière d'entreprise, logement, centre de formation haut standing), et deux nouveaux bâtiments, d'une surface 3 fois moins grande, construits sur une parcelle boisée classée de l'hôpital (à côté de la rééducation et non plus du côté « psychiatrie »)

Nous avons créé il y a bientôt 3 ans un collectif rassemblant syndicat CGT, élu.e.s, patient.e.s, soignant.e.s, habitant.e.s du territoire, associations de défense de l'environnement pour se battre contre le projet de construction de bâtiments neufs, et demander la rénovation des bâtiments actuels : pour des raisons écologiques (le maintien des arbres et la non artificialisation des sols), pour des raisons cliniques (avoir des patios extérieurs pour pouvoir déambuler dehors à l'intérieur du service pendant l'hospitalisation est indispensable) mais aussi pour des raisons financières.

En effet ce projet coûte 308 millions d'euros, et l'État (via l'ARS) ne le finance qu'à hauteur de 30 %. L'hôpital décide de céder 26 000 m² d'Esquirol pour un montant de 13 millions d'€ (86 cts du mètre carré) mais il va surtout devoir recourir à l'emprunt massivement et la variable d'ajustement sera la masse salariale, des suppressions de postes donc et des rationalisations, celles du travail de secrétaires (audit), des approvisionnement en matériel (aussi basique que des draps), ou encore le manque de liquidités pour les régies, essentielle pour financer notamment les activités en hôpital de jour : nous avons maintenant très peu de liquidité en stock, (tout ce qui est stocké « coûte cher », il faut que l'argent « travaille »). Nous avons des e-card où l'on peut dépenser dans certaines enseignes seulement, et dont l'usage au quotidien nous pose tout un tas de tracas.

Mais au sujet de finances, je voudrais parler de choses plus réjouissantes.

Avec le collectif, nous avons lancé un recours juridique contre le projet immobilier, il y a 2 ans, à plusieurs requérants : syndicats, élus de différentes communes prises en charge par l'hôpital, France nature environnement.

La facture des frais d'avocats du recours est de 6 000 euros. C'est une petite somme à trouver, une petite somme qui nous fait nous mobiliser, et surtout, qui nous tient ensemble tous différents que que sommes, qui nous tient ensemble malgré les frottements.

Outre le **recours juridique**, nous diffusons nos tracts sur les marchés pour informer la population, dans les communes du secteur, au plus proche de là où vivent nos militants. Le secteur est une vraie force pour une lutte comme celle-ci alliant élus, citoyens et patients : le projet concerne 17 % de la population parisienne, 40 % du Val de Marne.

Avec **l'outil syndical**, j'ai une décharge qui me permet de tenir sur la durée (le temps syndical : un outil indispensable dans la lutte de long terme) : je passe dans les services sur mes heures de décharge pour prendre le temps d'échanger avec les collègues, notamment dans les extras éparpillés sur le territoire. Je suis aussi beaucoup en lien avec l'union locale CGT Ivry, Charenton, Saint-Maurice, Alfortville, Maison Alfort, permettant de faire connaître la situation de l'hôpital auprès de l'interprofessionnelle et j'ai des formations syndicales.

Nous faisons des **soirées publiques d'information** soutenues par des asso et militantes locales.

Et pour ce qui est de récolter des sous, nous avons une cagnotte en ligne sur notre blog, et nous faisons des actions.

Ainsi **grâce au tissu associatif et militant du coin**, nous avons fait deux repas de soutien à la cantine de La Pagaille : à cette occasion, j'ai la bonne surprise de voir une collègue de l'hôpital, non syndiquée, qui ne participe pas aux réunions mais là est heureuse de mettre la main à la pâte en préparant le repas.

Grâce aux liens de résistance créés depuis plusieurs années, nous mettons en commun notre force avec le collectif des **Semaines de la folie ordinaire franciliennes** qui existe depuis 2018, et nous a proposé de soutenir notre lutte en organisant un concert de soutien ensemble à **la Parole errante de Montreuil** en octobre dernier dans le cadre des Semaines de la folie ordinaire.

Ces initiatives nous rapportent des sous, mais nous permettent aussi de sortir des simples réunions et paroles, de faire ensemble, dans des ambiances festives et conviviales qui donnent envie de continuer, et de **porter les luttes de la psychiatrie auprès de personnes qui n'en entendent ordinairement pas parler**.

Ce n'est pas fini, il nous reste un peu moins de la moitié de la somme à récolter ensemble, il nous reste plein de coins des secteurs de l'hôpital où ne sommes pas encore allés. Nous avons de la matière à continuer de faire ensemble, à rencontrer de nouvelles personnes, de proche en proche.

De proche en proche aussi, le fait de tenir dans la durée et l'outil syndical nous permettent de mettre en place des solidarités. Nous avons rencontré la coordination Mondor, qui fait le même travail que nous pour la santé du département parti de l'hôpital Mondor mais rassemblant maintenant différents lieux de soins à défendre du Val de Marne. Notamment la Fondation Vallée à Gentilly, où l'ARS vient de fermer 60 lits d'hospitalisation.

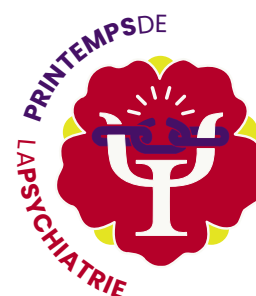
Nous nous dirigeons vers **l'organisation d'une soirée publique à l'échelle du département sur la psychiatrie**.

Pour finir, je dirais que bien que l'État et le budget de la santé s'amenuisent, en étoffant nos tissus militants à échelle locale (le secteur est notre allié), on trouve des ressources parfois inattendues.

Aussi, mobiliser la diversité des pratiques militantes, pour que chacun y trouve son compte, nous permet de nous renouveler.

Nous sommes dans une course de fonds, nous avons besoin de ressources : d'argent et de diversité.

Consultez le blog « Collectif pour l'avenir des hôpitaux Saint-Maurice et les Murets » en cliquant ici : <https://collectif-avenir-hsm-murets.blogspot.com/>



MATHIEU BELLAHSEN, Psychiatre, lanceur d'alerte et auteur de plusieurs ouvrages.

LE SANTÉ-MENTALISME ALGORITHMIQUE

Cette intervention porte sur le capital algorithmique et les nouveaux marchés de la e-santé mentale et leurs effets délétères sur les soins en psychiatrie.

Le **santé-mentalisme** émerge depuis les années 2000. Il entrecroise **arguments de soins** (« maladie mentale, maladie comme les autres »), **de santé publique** (« santé mentale priorité de santé publique, 20 - 25 % de la population touchée »), **des arguments économiques** (premier poste de dépense de l'assurance maladie, arrêt de travail, « à 4 % du PIB ») et **des arguments d'inclusion et de déstigmatisation**.

La proposition de loi a aussi pour but de définancer la psychiatrie publique et de créer de nouveaux marchés, sans états d'âme. Cet état d'esprit fonde les politiques publiques aujourd'hui. Définancer et responsabiliser les usagers (les parents quand il s'agit de pédopsychiatrie et de TND), créer des dispositifs d'anesthésie générale, grande cause, premiers secours en santé mentale¹ etc., ce **santé-mentalisme** entend prendre le contrôle de nos âmes et de leurs économies. En psychiatrie, **FondaMental est la plateforme logistique du santé-mentalisme algorithmique**.

Le capitalisme algorithmique est la mue contemporaine du capitalisme. Les données et les algorithmes sont les moteurs d'accumulation de valeur. La plus-value est réalisée à partir de l'extraction des données intimes et subjectives. La forme d'entreprise du capital algorithmique est la plateforme. Son mode de travail est celui d'un travail parcellisé, à la tâche, le précarité digital. La forme de subjectivité est celle de la quantification des expériences vécues (quantifying self) et des traitements de surface cérébrales qui en découlent. Toute chose que nous connaissons dans les services de psychiatrie avec la prédominance des outils gestionnaires au service des finances, outils qui rapportent aux vendeurs de logiciels. C'est ce qui déstructure une (pédo)psychiatrie qui soigne, comme en témoigne le développement de plateformes de tri et de non soins.

Le capital algorithmique naît de la publicité. Aux tournants des années 2000, il s'agit pour Google, d'offrir des publicités ciblées grâce aux algorithmes pour vendre des produits aux clients. Les droits fondamentaux à la vie privée, au consentement, sont systématiquement bafoués. La logique publicitaire de FondaMental et de ses alliés est analogue à celle de Google et le rapport au consentement et au droit mériterait que l'on s'y intéresse plus en profondeur, comme en témoigne l'article de Mediapart paru ce matin.

La valeur sur laquelle se fondent les nouveaux marchés de la e-santé mentale découle des algorithmes et donc de la mise en donnée des expériences humaines, ce que l'on nomme **la datafication**. Les patients de psychiatrie sont **une ressource précieuse** pour cette extraction ciblée. **« Nos données sont ouvertes »** aurait dit en substance la directrice de FondaMental devant les sénateurs en décembre 2025 dont certain.e.s n'en revenaient pas d'entendre cela **au sujet de données médicales confidentielles**. Les applications de santé mentale vont aussi servir à extraire ces nouveaux puits de données pour les valoriser, **se faire du fric**. Il suffit de voir le passeport bipolaire et les start up de la e-santé mentale qui y sont liées.

En psychiatrie comme ailleurs, ce sont « les marchés du comportement futur » **qui intéressent les investisseurs**, c'est à dire les marchés visant à prédire finement, grâce aux algorithmes, les futurs achats, les futurs comportements des clients. Une logique de prédiction. Cet imaginaire de prédire un désir de consommation avant qu'il n'arrive se décline dans le champ de la e-santé mentale comme prédire un comportement pathologique avant qu'il ne survienne. Et ce fond-là s'appuie sur un imaginaire sociétal qui s'est déjà traduit par des lois de prédictions telles que la loi sur la rétention de sûreté passée au moment du gouvernement du Président Sarkozy, qui proposait pour les patients psychiatriques des bracelets de géolocalisation. **Prédire des comportements**, c'est se centrer sur les comportements et **c'est abandonner la logique de prévention et la logique de soins**. Se centrer sur les comportements pour soigner, c'est faire fi de comment la personne peut guérir, se rétablir, à sa manière, selon des chemins qui ne sont pas dessinés par avance.

Rappelons-nous qu'avant la psychiatrie de précision, FM parlait de **psychiatrie prédictive**. Les gènes, la biologie, les déterminants neuro-cérébraux allaient permettre de prédire. **Raté**. Et même si aujourd'hui les FondaMentalistes font les malins avec une conférence sur les biomarqueurs ce 28 mars, force est de

constater que **tout ce fric investi ne donne quasiment rien en terme de logique de soin**. Par contre, ce n'est pas pour rien en termes de **logique de marché**. Tout comme la vidéo-surveillance n'a jamais prouvé un intérêt démontré dans la prévention du crime, tout comme les logiciels prédictifs de la société Palantir ne démontre aucune avancée pour diminuer la criminalité (voire même sont contre-productifs du fait des erreurs et des biais de reconnaissance raciste des algorithmes), **la psychiatrie translationnelle**, de prédiction, de précision n'a démontré **aucune utilité pratique décisive**. Pourtant, elle est, pour le moment, une formidable source de captation des investissements et de **fabrication de profit**.

Cette « **divine comédie** » prêterait à sourire si elle ne captait pas les budgets, si elle ne reconfigurait pas les mentalités des patients et des soignants et si, forte de ces échecs, elle ne laissait pas se développer un **nihilisme thérapeutique** qui prend la forme d'une chronicisation à outrance des troubles et des personnes touchées, une surmédication et un impensé sur les **atteintes graves aux droits et libertés fondamentales** que ce modèle de cérébrologie peut générer avec des recours aux contraintes chimiques, physiques et légales.

Les personnes malades sont rendues captives par les traitements « à vie », par les télé-entraves des objets connectés dans leur quotidien, par les chatbots conversationnels qui coupent toute rencontre inter-humaine au motif de pallier la pénurie de soignants. FondaMental et son modèle **valorisent des soins robotisés**, des soignants robotiques, des patients-objets connectés. La cérébrologie de FondaMental se nourrit de l'analogie entre le cerveau humain et le cerveau de la machine avec ses réseaux de neurones. **Mais la cérébrologie est à la psychiatrie ce que la cardiologie est aux affaires de cœur.**

Faire de la santé mentale un espace de vente de produits politiques, organisationnels et thérapeutiques est l'ambition des cloudalistes (la classe dominante du capitalisme algorithmique). Pensons à la prise de sang pour diagnostiquer les troubles bipolaires, aux start-up liés au passeport bipolaire mis en place par Bellivier et consorts (Happyneuron, Sêmeia). Aux partenariats de FM avec les entreprises du CAC40. Certes, les entités capitalistes immédiatement visibles sont les cliniques privées (Orpea-Emeis), les assureurs (AXA), les laboratoires pharmaceutiques, acteurs du système de santé et de sa privatisation. Mais il faut voir plus loin, notamment dans les investissements massifs de la big tech dans « la mental tech » au travers des applications de e-santé mentale et autres chatbots conversationnels.

Alors, **pourquoi accepter tant de malheur, de souffrance et de désespoir** alors que nous pouvons faire l'expérience que ce sont les liens réels, les lieux qui accueillent ces liens, les milieux qui entrecroisent ces lieux qui sont source de vie vivante ? Les ressources ne sont pas infinies, les conflits d'usage sur l'eau douce, l'énergie, les minerais rares, les pollutions extractivistes ne font que commencer.

Extraire des données, du travail des crowd-workers des pays des Suds, des minerais, au profit des firmes capitalistes et des têtes milliardaires. Il génère des pollutions environnementales massives (mines au nord Kivu avec des gens contaminés, des millions de morts pour le coltan), des guerres pour les ressources (eau, énergie, minerais) et du désespoir de confusion entre vivre la vie et l'apercevoir sur un écran. **Cette santé mentale là n'est pas dématérialisée, elle est écocidaire**. La santé mentale est aussi un champ de bataille pour les guerres à venir : anesthésie et souffrance des populations (rapport d'Amnesty international sur Tiktok), déshumanisation de pans entiers de personnes et de peuples, dépolitisation généralisée au profit de traitements individuels exclusifs.

Il s'agit de tenir des pratiques et des imaginaires de liens et de soins pour les temps à venir car les suivants en auront nécessairement quand la hype de l'IA ou plutôt les sirènes des SALAMI (Systematic Approaches to Learning Algorithms and Machine Inferences, soit SALAMI) auront arrêté de chanter. **Cette proposition de loi ne doit pas passer car elle est basée sur un mensonge thérapeutique, scientifique, économique et démocratique. Ce meeting est l'une des pierres de cette lutte qui doit s'imposer sur le temps long.**

NOTES

¹ Aucun bénéfice démontré de ces programmes depuis vingt ans à l'international avec, en prime, des effets de surresponsabilisation et de culpabilisation des secouristes confrontés à des cas graves.

ALBERT CICCONE, Professeur émérite de psychopathologie et psychologie clinique (université Lumière-Lyon 2), psychologue, psychanalyste, président de l'association Convergence des Psychologues en Lutte.

LE DISPOSITIF « MONSOUTIENPSY », UN POGNON DE DINGUE

Le dispositif « Mon soutien psy » est l'un des symptômes de l'ubérisation des soins psychiques et de la marchandisation de la santé mentale. Le budget alloué par l'Etat à sa mise en œuvre est anecdotique, comparativement au budget consacré à la santé mentale, mais il n'est que gaspillage, et s'il était utilisé à bon escient et affecté aux services publics il permettrait de répondre de façon bien plus adaptée aux besoins de la population.

Fondamental promet, grâce au prestige et à l'efficacité de ses centres experts, une économie de 18 milliards d'euros à la nation. **L'escroquerie a très bien été mise en évidence par François Gonon et l'équipe qui a travaillé avec lui pour dénoncer l'imposture.**

Dans le modèle idéologique de FondaMental, modèle profondément **neuro-essentialiste et technocratique**, **la finalité n'est pas de soigner**, elle est d'éviter les coûts liés au soin. Et si la santé mentale a été décrétée grande cause nationale, c'est en fait parce qu'elle est un « fardeau économique », comme l'a dit un ex-ministre de la santé (et on appréciera la formule) : 23 milliards d'euros, 14% des dépenses de l'assurance maladie.

Le président de la HAS, institution elle-même colonisée par le neuro-essentialisme, défend la nécessité que la psychiatrie, comme toute autre spécialité médicale, puisse disposer d'outils diagnostics biologiques, de « données biologiques », de « biomarqueurs ». Et pourquoi ? Parce qu'elle représente le « premier poste de dépense de l'assurance maladie ». C'est bien un argument économique – perspective qui au passage ne relève pas a priori des missions de la HAS – qui oblige à nier la spécificité de la psychiatrie et du soin psychique, et à leur imposer des modèles neuro-essentialistes. **Et on connaît les effets délétères de ces modèles sur les pratiques de soin psychique.**

Le dispositif « **Mon soutien psy** » participe de la **même logique**. « Mon soutien psy » qui est un véritable **fétiche de la macronie**, un étendard systématiquement exhibé pour témoigner de l'importance accordée par les gouvernements macronistes successifs, comme par le délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie (aujourd'hui démissionnaire), et par la direction générale de la CNAM, à la santé mentale, notamment des jeunes mais pas seulement.

Évidemment, le budget alloué par l'État à la mise en œuvre de ce dispositif (170 millions d'euros) est anecdotique, comparativement au budget consacré à la santé mentale. Mais ce dispositif est l'un des symptômes de **l'ubérisation des soins psychiques** et de la **marchandisation de la santé mentale**. Et son financement n'est que **gaspillage**. S'il était utilisé à bon escient et affecté aux services publics, il permettrait de répondre de façon bien plus adaptée aux besoins de la population.

Il faut bien comprendre que la mise en œuvre de « Mon soutien psy » ne consiste pas à injecter de l'argent supplémentaire dans le « marché de la santé mentale », comme ses promoteurs essaient de nous le faire croire, elle consiste à **priver le service public de moyens dont il a grandement besoin**, vu son état de délabrement, et à **retirer les financements à des structures** ou des dispositifs pertinents, efficaces depuis longtemps, et qui ont été détruits.

Je pourrais multiplier les exemples, je n'en citerai qu'**un, qui est paradigmatique**.

Il s'agit d'une association, qui est née il y a 20 ans, dans une grande ville du centre de la France, et qui gérait un réseau ville-hôpital dans le champ de la périnatalité. Elle travaillait avec un réseau de 25 psychologues libéraux dans la ville et ses environs, tous des praticiens chevronnés, formés à la périnatalité. Elle était en lien avec tous les services hospitaliers, était implantée dans la ville, connue, reconnue par l'ensemble des professionnels. **Ce réseau suivait rien moins que 700 bébés par an !** Toute la structure était financée par l'ARS, financement qui comprenait la rémunération des salariés, la rémunération des consultations des psychologues libéraux du réseau, la formation, la supervision, le travail d'équipe.

En novembre 2024 cette association a fêté ses 20 ans d'existence, et elle a fêté en même temps son enterrement. **L'ARS venait en effet de signifier la suspension de tout financement en 2025.** Pourquoi ? **Parce que ce réseau faisait double emploi avec « Mon soutien psy » !** « Mon soutien psy » qui s'adresse à des patients de plus de 3 ans et non à des bébés – ce à quoi l'ARS a répondu que ce n'est pas grave, il suffit de dire que c'est la mère la patiente ! « Mon soutien psy », qui ne prévoit aucun travail d'équipe, aucune approche pluridisciplinaire, aucune supervision, aucune formation.

Il s'agit là d'un **gâchis lamentable**, d'une destruction massive, l'année même où la santé mentale est décrétée grande cause nationale, et alors que l'efficacité majeure de ce dispositif a largement été mise en évidence.

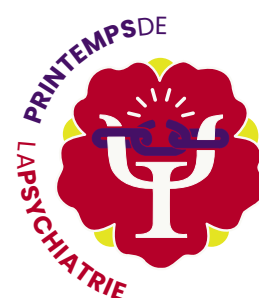
Je pourrais donner bien d'autres exemples encore.

Ajoutons à cela le fait que **les services de la CNAM** n'hésitent pas à appeler même des psychologues salariés, en particulier hospitaliers, qui n'ont pas d'activité libérale, **pour les convaincre de se conventionner**, quitte à diminuer leur temps de travail dans les institutions publiques, lesquelles sont déjà à l'agonie. Et notre association, **la Convergence des Psychologues en Lutte**, commence à avoir des retours de collègues salariés de structures publiques que l'on pousse au conventionnement pour garder leur poste. De l'argent destiné aux libéraux revient ainsi aux institutions, qui détournent de fait le dispositif, avec au passage une pression sur les psychologues. Ne serait-il pas plus simple et logique de donner les fonds directement aux structures ?

Le budget consacré au développement de « Mon soutien psy », et pire encore avec la seconde brique annoncée, qui est beaucoup plus redoutable que « Mon soutien psy » – budget auquel on pourrait ajouter le coût de revient sans doute énorme des nombreuses campagnes publicitaires –, **permettrait de créer des milliers de postes de psychologues** (entre 2500 et 4000 selon les grilles de salaires) **dans les structures de soin du service public**, qui sont particulièrement adaptées aux besoins de la population, qui reçoivent les citoyens sans discrimination, mais qui sont exsangues, avec des files d'attente insensées. Un tel budget permettrait de créer des postes de psychologues aussi à l'école où l'on trouve 1 psychologue pour 1600 élèves alors qu'il en faudrait le double, à l'université où il y a 1 psychologue pour 15 000 étudiants et où il en faudrait 10 fois plus, dans les établissements médico-sociaux où exerce parfois 1 seul psychologue pour des centaines de résidents qui ont des pathologies très lourdes, comme en maisons d'accueil spécialisées par exemple, et ailleurs encore.

Et tout cela **pourquoi ?** Pour **un dispositif trompe-l'œil** ou miroir aux alouettes, qui **est inadapté**, rate sa cible, et ne répond pas aux besoins des citoyens. Il suffit pour s'en convaincre de consulter les données mises à disposition par la CNAM elle-même, et reprises en partie dans un rapport du gouvernement au parlement en mars dernier, rapport évaluant le dispositif « Mon soutien psy » : seules 5 consultations (sur 12) sont « consommées » en moyenne ; 75% des personnes qui consultent sortent du dispositif avant la 8^e séance ; 36% des patients sont hors indication (le dispositif ne faisant que pallier les manques d'offre conventionnelle) ; seuls 11% des personnes qui utilisent le dispositif sont en situation de précarité ; etc.

Tout ce « pognon de dingue » permettrait de créer des milliers de postes de psychologues là où ils sont attendus par la population qui en a besoin.



JOCELYNE GOÛT, Animatrice de la commission nationale de psychiatrie de la CGT.

UNE RÉFORME DE FINANCEMENT CONTRE LE SOIN PSYCHIQUE

Derrière le nouveau mode de financement de la psychiatrie se profile une usine à gaz, participant de la destruction d'une psychiatrie émancipatrice et humaniste.

Il s'agit de promouvoir une vision du soin psychique s'appuyant sur des actes rationalisables, quantifiables, contrôlables et évaluables. Une vision qui met patients et professionnels sous contrôle des « experts ».

Le soin psychique est plus que tout autre lié à une vision politique du monde et du sujet, son financement ne peut donc être détaché de la vision du monde de celles et ceux qui le déterminent.

Aussi, si le sujet de cette table ronde ne paraît n'être qu'une question d'argent, en fait il n'en est rien. En effet, le nouveau mode de financement de la psychiatrie n'est que **l'outil qui permet** d'un côté **de soutenir les abords scientistes en psychiatrie** et de l'autre **de structurer les attaques contre l'approche humaine et sociale** qui a fait la force du secteur après la Seconde Guerre mondiale.

Pour décrire rapidement ce mode de financement, on peut dire que c'est **une usine à gaz, technocratique et complexe** qui met sur un même pied les hôpitaux publics et les cliniques des grands groupes privés du lucratif, et introduit le financement à l'activité.

LES 3 GRANDS COMPARTIMENTS DU NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT SONT :

1] La dotation populationnelle (80%) liée à des critères multiples et variés : démographie, étendue du territoire, population rurale, déserts médicaux, ... par exemple plus on recensera de psychiatres libéraux, ou de généralistes, moins cette dotation sera élevée.

Sur ces 80 %, sont prélevés 2 % pour des activités spécifiques appelées FIOP = Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie, soit :

Les équipes mobiles, le dispositif Vigilans, la réhabilitation psychosociale, des dispositifs de maintien à domicile des patients avec une « injonction de soins » aux familles etc...

Les centres ressources autisme, TND, bipolaires, ... avec un formatage neuro-cognitif opposé à la vision psychodynamique du soin.

2] 15% de dotation sera attribuée en fonction de la file active, une dotation qui ressemble fort à la Tarification à l'acte (T2A), qui a, depuis sa mise en place en soins généraux (MCO), fortement contribué à la destruction de l'hôpital public.

Ce tarif à l'acte pour l'ambulatoire favorise les prises en charge intensives, les équipes mobiles au détriment du CMP et du secteur. Il valorise ainsi, la multiplication des actes au dépend de l'individualisation de la prise en charge. Cette multiplication d'actes se produisant avec une enveloppe fermée par région, cela va entraîner non seulement un mode compétitif avec le secteur privé lucratif, mais une compétition entre les hôpitaux publics. Ce sont encore les patients qui feront les frais de cette logique libérale et financière opposée à ce que devraient être les missions du service public.

Concrètement, au quotidien cela se traduit dans nos hôpitaux par une incitation à faire plus d'actes et plus d'activités, même plus nommés thérapeutiques. Les espaces de pensée, synthèses, réunions cliniques, analyses de pratique, rencontres avec les partenaires de prises en soin, sont des actes non répertoriés et donc, non financés.

Cette dotation à l'acte pénalise les institutions prenant en soin des patients chroniques, les soins longs et les patients à difficultés sociales, peu rentables.

3] Les derniers 5 % de ce financement portent sur une dotation en lien avec la qualité du codage, codage qui n'a qu'une qualité, celle d'être chronophage et de nous éloigner encore plus des patients.

Mais coder et comptabiliser les actes, c'est aussi mettre en place une gouvernance par les chiffres, une logique de surveillance et une marchandisation du soin psychique, validée par LA Certification.

À ces 3 compartiments s'ajoute, pour augmenter les entrées financières des hôpitaux **le marché des appels à projets de l'ARS** afin d'obtenir des dotations spécifiques. Ces dotations poussent à une course à l'innovation, mettent en concurrence le secteur privé, les hôpitaux et même les services entre eux.

Les hôpitaux publics, de plus en plus, s'inscrivent pleinement dans cette **course effrénée aux projets qui déconstruit la politique psychiatrique de secteur**, sans état d'âme. Le sujet disparaît au profit du symptôme, ce qui de fait inscrit le soin dans le morcellement et dans un rapport direct, non avec la maladie mais avec la question du financement.

Et pour rendre tout cela possible, il s'est agi d'**attaquer au préalable la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle et autres courants de pensée qui impliquent réflexion, interrogation, analyse, reconnaissance de l'autre.**

Il s'agit de ne plus prendre en compte l'histoire du sujet, sa dimension affective, relationnelle, sociale et familiale, tout ce qui fait de lui un être singulier. Il s'agit de tayloriser les prises en charge, de privilégier les thérapies brèves, les stimulations cérébrales, les molécules chimiques, de rééduquer, de faire rentrer le patient dans les cases préétablies par la politique sanitaire. C'est une négation de question de la rencontre si essentielle dans nos pratiques, une négation de la singularité du sujet et, ainsi derrière la question du financement s'entraîne **une vision normative, totalitaire et néo-libérale de la psychiatrie** qui transforme les professionnels en outils à faire des profits avec des patients devenus objets de rentabilité.

Pour combattre cette vision du soin, dont le financement est un outil, la lutte ne peut être que collective mais également politique, afin de revendiquer déjà, comme le porte la CGT, l'abrogation du décret 2021-1255 du 29 septembre 2021, qui l'a instauré.



COLLECTIF POUR LE SOIN PSYCHIQUE 13, *Le collectif pour le Soin Psychique 13, se propose comme espace d'appui au dehors de l'équipe du pôle, afin d'ouvrir ce « nous » vers une réflexion collective et politique de la clinique.*

ÉTHIQUE ET POLITIQUE DES FINANCEMENTS DU SOIN PSYCHIQUE

À l'automne 2025, à Marseille, le pôle d'addictologie du Centre Hospitalier Edouard Toulouse refuse la criminalisation des usagers de crack et la normalisation néolibérale du soin psychique imposée par les autorités sanitaires.

Nous remettons en cause des financements par appels à projets qui, à travers des indicateurs et des logiques gestionnaires, réduisent et accélèrent le temps de la clinique. Pour cela, nous réaffirmons aux financeurs les fondements éthiques du soin psychique : le temps, la parole et la relation.

**« (...) il n'y a pas lieu de craindre ou d'espérer,
mais de chercher de nouvelles armes »**

Gilles Deleuze, *Les sociétés de contrôle*, 1990.

À l'automne 2025 à Marseille, **la préfecture**, en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS), et une association du médico-social (le Groupe SOS), **convoque le pôle addictologie de l'hôpital Édouard Toulouse** autour d'un projet de contrôle d'identité, d'arrestation et « d'accroche aux soins », selon leurs termes. Nous sommes alors **appelés à intervenir pour, en réalité, contrôler des personnes consommant du crack** à Marseille. **Nous refusons.**

Ce refus n'est ni un retrait ni un désengagement. Il s'appuie sur des questions fondamentales, restées sans réponse :

Qui sont ces personnes ? D'où viennent-elles ? Pourquoi ce quartier ? Dans quel cadre sommes-nous appelés à intervenir ? S'agit-il de monter une équipe de rue, et au service de quoi ?

Au fil des échanges, un médecin affirme : « Nous avons le pouvoir. Nous savons soigner. Pas eux. »

Pourtant, il apparaît rapidement que **le projet ne vise pas prioritairement le soin.** Il repose sur la criminalisation des consommateurs, ce dont ils veulent nous faire les complices, que nous récusons catégoriquement. Il nous apparaissait inconcevable d'être présents au moment où ces personnes auraient été contrôlées : il ne peut y avoir de soin adressé à des individus rendus visibles comme "problème public", sans être reconnus comme sujets. **Ce que nous demandons, ce sont des moyens permettant de prendre le temps de la rencontre**, et non d'endosser le rôle de porte-étendards d'une solution déjà pensée.

Ce refus ne tient pas à un malentendu, mais à un désaccord de fond. L'urgence de répondre à un problème de société — nourrie par le ras-le-bol d'une partie de la population et par la médiatisation de la question du crack à Marseille — nous est apparue difficilement compatible avec **notre éthique de cliniciens.** Celle-ci repose sur la recherche de sens, dans la rencontre et dans le temps. **L'instantanéité** avec laquelle nous devons nous positionner, par un oui ou par un non, face à une question complexe, **nous a interrogés.**

Dans le même temps, notre pratique s'est trouvée transformée à travers les appels à projets imposés aux ARS par l'agence Santé Publique France concernant les addictions. Censés financer des missions de prévention auprès de jeunes éloignés du soin, souvent du fait de la ségrégation territoriale — se sont imposés de nouveaux cadres, de nouvelles exigences : **formations obligatoires, indicateurs de performance, temporalités contraintes.**

Pris dans la **logique néolibérale**, cet appel à projet poursuit la trajectoire déjà empruntée des financements d'impulsion, fabriquant un consentement apparent du service. Là où au nom du soin, on prenait l'argent pour désobéir, l'état se resserre désormais, la désobéissance est devenue impossible : les soignants doivent obligatoirement se former à l'entretien motivationnel. **Ils ne sont plus des soignants, mais des « préventeurs ».**

Les jeunes accompagnés ne sont plus soignés, mais deviennent des clients. Sous couvert d'efficacité, il est demandé de répondre à un appel à projets qui impose à la fois le rythme des financements, la précarité des postes, et un paradigme qui, quoi qu'ils en disent, ne repose sur aucune étude sérieuse — ni théorique, ni expérimentale. **On ne soigne plus mais on gère et on contrôle**, nous n'avons plus affaire à des sujets mais à des publics cibles, et la souffrance psychique est devenue une question de flux et d'impact.

Collectivement, nous avons affirmé que le temps de la désobéissance n'était plus celui du crayon dans la machine, mais celui d'une remise en cause frontale de ce type de financement. Un financement qui, au-delà de la question du temps du soin, tend à imposer une langue qui interdit le soin psychique : **une langue du contrôle social, de l'articulation entre financement privé et État, du contrôle financier** qui dénie l'épistémologie et ignore le réel des jeunes que nous accompagnons.

Nous avons vu deux dynamiques se rejoindre. D'un côté, la **criminalisation de la toxicomanie**. De l'autre, la **normalisation gestionnaire du soin psychique**. Dans les deux cas, le temps se contracte. Il faut vite décider. Intervenir vite. Répondre vite.

À cela s'ajoutent les projets de lois successifs visant à marginaliser la psychanalyse et à étendre le modèle des centres experts. Tout converge vers un même point de bascule : **Que s'efface le temps et le sens de l'autre qui cherche une adresse pour parler et se penser dans le monde qui nous traverse**.

Comme le souligne Paul Virilio dans *Vitesse et politique*, gouverner consiste à réduire les délais, accélérer la décision et anticiper. Il montre que la modernité a progressivement substitué au contrôle de l'espace un contrôle du temps, **faisant de la vitesse une nouvelle forme de domination**. Il y a une transformation en profondeur des pratiques, y compris celle du soin, du fait d'une accélération qui n'est pas neutre. Cette dernière influe les modes de décision, limite la possibilité de la réflexion : ce qui compte n'est plus ce qui est vécu, mais ce qui apparaît brièvement avant de s'effacer. L'accélération n'est pas seulement visuelle ou corporelle, elle est aussi politique et existentielle. **En compressant le temps, les politiques de financement escamotent les espaces d'élaboration et de subjectivation**.

Nous ne pouvons plus nous taire. Il est nécessaire de nous organiser, de nous rencontrer et de penser ensemble à ce que nous faisons quand nous soignons. Pour cela, nous avons décidé d'affirmer que nous savons soigner et que nous devons le prouver. Et pour cela il faut prendre le temps du lien et c'est pour ça que nous sommes là aujourd'hui : **nous réunir pour nous organiser et riposter**.

La fusion du sécuritaire et du sanitaire instaure l'hégémonie de la traçabilité, où toute forme d'identité véritable s'efface.



TABLE RONDE 4

#DÉMOCRATIE

EN QUOI LA DÉMARCHE MÊME DES CENTRES EXPERTS VIENT ATTAQUER LA DÉMOCRATIE ET LE SERVICE PUBLIC, AU BÉNÉFICE DU MARCHÉ FINANCIER ET ALGORITHMIQUE ? EN QUOI CETTE PROPOSITION DE LOI NE FAIT-ELLE QUE DÉMONTRER L'ABSENCE DE PILOTAGE DE LA PSYCHIATRIE, RÉSULTANT EN UN ABANDON DES PATIENTS ET DES FAMILLES ?

INTRODUCTION PAR LES MODÉRATEURS

SANDRINE DELOCHE,
Pédopsychiatre.

GENEVIÈVE HENAULT,
Psychiatre.

Pour cette dernière table ronde, on se pose la question suivante : **l'expansion de centres experts dans le paysage des soins psychiatriques s'accorde-t-elle aux attentes de la démocratie sanitaire ?**

Sachant que ce modèle du non soin est affilié aux logiques de marché et de privatisation, **peut-on encore parler de démocratie,** quand la valeur expertale prime sur celle de l'hospitalité et du soin ?

Il n'y a pas non plus de démocratie si l'on néglige toute **référence à l'Histoire et à l'Art.**

Aussi, je voudrais attirer votre attention sur la fresque murale acheminée et installée par Martin Pavelka. Elle vient d'un spectacle épatant, Pro bono publico, mettant en scène l'historisation fantasmagorique de notre psychiatrie, au fil du temps.

Écoutons maintenant les interventions de cette table, **la parole de citoyens engagés,** au-delà de leur statut-rôle-fonction.

Je vous remercie.

Sandrine Deloche

APRÈS MIDI 15H30

JEAN-LUC LANDAS DU SOIN INACCESSIBLE À L'ILLUSION DU SOIN	P50
LAETITIA CLAIR PARENT-FAMILLE, PARENT-AIDANT, PAIR-AIDANT FAMILLE : QU'EST-CE ÇA CHANGE, DE FONDAMENTAL ?	P52
FLORENCE HARANG PEUT-ON ENCORE PARLER DE DÉMOCRATIE ?	P54
PATRICK BELAMICH PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS : UNE ÉTHIQUE DU SOIN	P56
ANAÏS PEUCHERET ENTRE GESTION ET TRANSFERT : LE CADRE DE SANTÉ COMME GARANT D'UN LIEU POUR LE SUJET	P58
PIERRE DARDOT EXPERTISE, EXPÉRIENCE, DÉMOCRATIE	P60
MATHIEU LEONARD LE SAINT GRAAL ?	P62
TAHRA MOULAY L'ÉLAN POUR SORTIR DE L'ENTRE-SOI : SE RELIER ET LUTTER POUR UN FUTUR DÉSIRABLE	P64

JEAN-LUC LANDAS, *Militant de la LDH et de la Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité, praticien hospitalier en anesthésie - réanimation, retraité.*

DU SOIN INACCESSIBLE À L'ILLUSION DU SOIN

Actuellement nombre de patient.e.s sont éloigné.e.s du soin psychique : pas de praticien.ne.s disponibles à proximité ou dans le temps. La solution proposée, un tri des patient.e.s est une illusion du soin : étiqueter n'est pas soigner. Garantir le soin pour toutes et tous dans la proximité est une exigence démocratique.

LES BESOINS DE SOIN AUGMENTENT

La prévalence des états dépressifs caractérisés est passée de 9,8 à 13,3 % sur la période 2017- 2021. Le risque est plus élevé chez les femmes, les personnes vivant seules, les familles monoparentales, les personnes en difficulté financière et les personnes au chômage, les plaintes somatiques ou psychologiques concernent la moitié des collégiens et des collégiennes et 58 % des lycéennes et des lycéens. 13 % des lycéennes ou des lycéens ont fait une tentative de suicide et 3 % avec hospitalisation. Les urgences dues à un geste auto-infligé chez les personnes de sexe féminin de 10 à 19 ans ont augmenté de 133 % depuis 2020, 570 % depuis 2007.

Le taux de recours à l'hospitalisation en psychiatrie des adolescents et jeunes adultes de 13 à 24 ans augmente depuis 2020.

LA DESTRUCTION DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE AU PROFIT DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

Les places de prise en charge à temps complet dans le secteur public ont diminué de 6741 entre 2008 et 2022, de 1567 dans le privé non-lucratif, et augmenté de 3664 dans le privé lucratif.

Entre 2008 et 2022, 7477 lits d'hospitalisation à temps plein ont été supprimés dans le secteur public, 1288 dans le secteur privé non-lucratif, alors que 3451 ont été créés dans le privé lucratif.

25 % des postes sont vacants dans 40 % des établissements. Entre 2010 et 2022 on constate une diminution de 34 % du nombre de pédopsychiatres. Les conséquences : fermetures de services, délais très longs de consultation, hospitalisation d'enfants en secteur adulte ...

Le secteur public et le secteur privé non-lucratif sont financés par appel d'offres ou appel à projets avec une mise en concurrence des services. Leur financement au long cours n'est plus assuré.

De même, 530 postes de médecins de PMI ont été supprimés entre 2010 et 2019, tout comme les médecins scolaires. Les CHSCT ont été fusionnés avec les CSE en 2020. 926 postes de médecins du travail, soit 16 %, ont été supprimés de 2012 à 2022.

Dans les centres pénitentiaires, 32 postes temps plein de psychiatres sont vacants ainsi que 16 postes d'IDE et 14 postes temps plein de psychologues. Les patients souffrant d'addiction n'ont pas accès à la réduction des risques et les équipes de prévention sont en voie de disparition.

L'ILLUSION DU SOIN

Pour cacher ces économies de santé, la désertification du tissu sanitaire et médico-social, la privatisation des moyens du soin sont des prises de décisions bureaucratiques selon des choix idéologiques. La psychiatrie est réduite à la « cérébrologie ». Mesdames, messieurs les adeptes de la scientologie, quand allez-vous oser susciter des appels à projet pour explorer les cerveaux des mamans solos, des personnes mises au chômage, des personnes assignées à la pauvreté ? Le patient doit être étiqueté par un centre, déclaré « expert ». Les prescriptions doivent suivre des recommandations officielles.

Or soigner c'est d'abord offrir la possibilité de la rencontre, d'échanges répétés et au long cours avec les soignantes et les soignants. Étiqueter n'est pas soigner, ce n'est qu'une illusion de soin. De plus, une fois étiqueté, le patient est renvoyé dans le désert sanitaire.

Il ne peut exister de démocratie sanitaire sans effectivité de l'accès aux soins de proximité dans l'espace et dans le temps, sans l'existence et le respect de la pluralité des approches thérapeutiques.

Ensemble dans notre diversité, exigeons pour le secteur public et parapublic les moyens humains et matériels, donc leur financement, pour garantir les approches plurielles d'une pratique humaniste des soins psychiques, afin de répondre, dans la proximité, aux besoins de soins et de santé de nos contemporains.

Vive le Printemps de la Psychiatrie Plurielle !



LAETITIA CLAIR, Porte-parole d'un collectif de parents, amis et personnes autistes pour promouvoir une approche respectueuse de leur singularité.

PARENT-FAMILLE, PARENT-AIDANT, PAIR-AIDANT FAMILLE :

QU'EST-CE ÇA CHANGE, DE FONDAMENTAL ?

Mon intervention portera sur l'industrialisation du soin et la transformation de l'institution familiale en entreprise d'aidance. Sous la dénomination de santé mentale, c'est une chaîne industrielle du soin psychique qui se met en place, où les soignants deviennent des techniciens de plateformes, et nous, les familles, sommes enrôlés comme supplétifs aidants.

Au moment où mes deux enfants jumeaux atteignent leur majorité, et où, légitimement, ma fonction de parent évolue, il peut être temps de considérer ce qui a changé de fondamental depuis leurs premières années (FondaMental pour faire un jeu de mot pas drôle en référence au lobby promoteur des centres experts). **Aidant est devenu le signifiant de notre époque. Pair-aidant famille. Qui peut même devenir pair-aidant-famille-professionnel...** et être payé pour ça.

La famille, en droit comme en anthropologie, est considérée comme une institution sociale de base. Elle a son propre fonctionnement, encadré par des dispositions sur les alliances, la filiation etc...

Apparemment, le développement de la notion de pair-aidant famille transforme surtout les pratiques en santé mentale et le rôle social des proches, mais il ne refonde pas, à ce jour, la définition juridique de la famille. **Pourtant, le glissement est là.** Encadrée, guidée, formée, **la famille est valorisée comme « ressource experte »** dans les politiques publiques de santé mentale et de handicap. **Une ressource, ça s'exploite. Et une ressource ça se contrôle.**

- Au regard de la psychiatrie, il y a une distinction entre le/la psychiatre et le parent, ou le patient. Cette distinction, elle introduit la contestation, et elle a conduit aux pratiques de la psychothérapie institutionnelle.
- **En santé mentale, nous sommes tous soumis, de l'intérieur, à l'administration du système de soins.**

Ma position dans ce débat sur la démocratie, c'est que je peux témoigner dorénavant du système de soin de l'intérieur. **Je suis insérée dans le système de soins en position de supplétif.**

Quand l'autisme de l'un de mes deux enfants s'est révélé, je me suis positionnée en faveur d'une approche plurielle, respectueuse de la singularité. Comme le dit la devise de notre club de rugby « Notre rugby se conjugue à la première personne du pluriel ». Naissance en 2012 de La Main à l'oreille et du Rassemblement pour une approche des autismes humaniste et plurielle (RAAHP). **Pour autant, nous sommes aujourd'hui dans un temps différent : celui de l'industrialisation du soin.**

L'INDUSTRIALISATION DU SOIN

Il y a peu, une sénatrice a rédigé un amendement pour interdire les pratiques de parole. On a appris qu'elle avait fait des TND son chemin de croix. Elle a écrit un livre, Le Chemin de notre apprentissage. L'étendue du désarroi d'une histoire de vie me tombe dessus. Je repense à un livre écrit en 2022 par une romancière sur son propre enfant, Un Enfant sans histoire. Pas d'histoire, un chemin. Je me rappelle un des textes que j'ai écrits sur le parcours de ma famille, que j'avais intitulé « Le verlan de l'inclusion ». **Il nous faut raconter. Il nous faut parler.** Elle a expliqué, au moment de retirer son amendement : « L'exposé des motifs est peut-être mal fait. Très peu seront pour, mais ce n'est pas grave. C'est un amendement d'appel, pour qu'on puisse parler », c'est à pleurer. **Quelle tragédie : demander la mise au pas et la réduction des pratiques de paroles « pour qu'on puisse parler » !** Mais, ce n'était que le prélude de la tragédie qui allait suivre. Nouvelles recommandations de la HAS qui mettent la psychanalyse dans les « méthodes non recommandées ». Et une affaire montée sur la Fondation Vallée, établissement public qui accueille des enfants en souffrance en provenance de tous milieux familiaux, y compris de l'Aide sociale à l'enfance, qu'on assimile à un vestige de cette psychanalyse honnie. **On y arrive, à l'interdiction des pratiques de parole !**

Déjà, le mal est fait, en grande partie par le fait de terrifier les personnels, ce que les administrations savent très bien faire par les visites de certification de la HAS et les inspections inopinées des ARS. **Ces méthodes d'intimidation sont un moyen d'accélérer la pression** mise à la transformation de notre système de soins vers l'ambulatoire généralisé, ce qui va exiger sa protocolisation systématique. Le fait que nous sommes embarqués dans l'industrialisation de la gestion de la population est **un horizon concret**.

DU PATIENT À L'USAGER

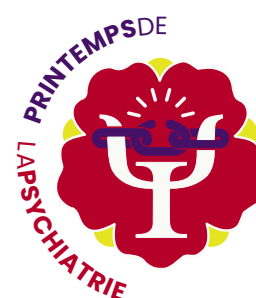
Il y a quelques années, j'avais souligné lors d'une réunion de Stop DSM, le fait que le patient était devenu un usager, ce qui introduisait la dimension de l'offre et de la demande, une dimension de marché, dans la relation soignant-soigné. D'ailleurs, c'est sur cette logique de marché que les associations de parents comme Autisme France s'appuient pour prétendre dicter leur cahier des charges. **Aujourd'hui, ils sont tout guillerets en soutien à l'amendement. Quelle aubaine !** Mais les temps ont changé là aussi. Le mythe de l'usager a volé en éclats. Les associations de parents, qui croient encore être des prescripteurs en soumettant les professionnels, ne voient pas qu'**elles précipitent leur propre soumission** en se fournissant elles-mêmes comme main d'œuvre au rabais qui permettra de vider les structures de soins – tout le monde à domicile, sous tutoring.

DES PATIENTS ADMINISTRÉS

Je suis représentante des usagers dans un GHT de psychiatrie où **j'ai pu observer la restriction progressive du soin** par les directives de transformation en hospitalisations et prises en charge de plus en plus courtes, avec renvoi au domicile dès que la fin de crise est décrétée, de remplacement des services d'accueil en plateformes diagnostiques, etc. **La HAS et les ARS sont à l'affût**. Elles ne lâchent pas. L'horizon est celui de la protocolisation complète.

Dans le soin somatique, on connaît le grand virage de l'ambulatoire, qui envoie le patient à domicile après deux heures d'opération. Étant donné la tarification exclusivement à l'acte, des plateformes de soins à domicile se sont constituées. Le patient à domicile est dorénavant administré sous perfusion et relancé par SMS pour remplir la grille de cotation de l'acte. L'enfer de la réclusion à domicile et du travail social parcellisé a été décrit dans le film *Sorry We Missed You*, de Ken Loach. Dans le domaine du soin psychique, la logique du soin à domicile est de transformer les membres de la famille en aidants rémunérés. **L'horizon, c'est que la famille ne soit plus une institution, car elle fait obstacle à la normalisation de l'individu.**

Il n'y aura dorénavant aucun répit pour établir des contrefeux, des contrepouvoirs. Entre les soignants, les soignés, les familles, il s'agit de ne pas lâcher prise.



FLORENCE HARANG, *Éducatrice spécialisée avec une expérience de 25 ans en pédopsychiatrie à Paris et Uzès dans le Gard. Militante Sud Santé Sociaux depuis 5 ans.*

PEUT-ON ENCORE PARLER DE DÉMOCRATIE ?

La politique actuelle en Psychiatrie et pédopsychiatrie affiche un autoritarisme étouffant qui laisse peu d'espace à la lutte syndicale. La crainte de ne pas « correspondre » aux critères de l'HAS enferme les services ou institutions dans un silence et une sorte de soumission mortifère.

Les pouvoirs publics ont une grave responsabilité quant à la dégradation de nos services de soins et nous ne pouvons accepter qu'ils continuent d'être sourds quant à nos propositions pour améliorer nos réponses aux besoins de la population. Ce sont des moyens humains et non des experts dont nous avons besoin !

Il y a déjà un moment que la démocratie n'est pas au centre des préoccupations de nos gouvernants.

La Haute Autorité de Santé, créée en 2004, habilitée à développer la qualité dans le champ sanitaire, social, et médico-social, affiche des missions qui laissent perplexe : elle va « améliorer les pratiques cliniques pour prodiguer des soins plus efficaces, plus sûrs et plus efficaces dans les établissements de santé et médecine de ville. » Depuis et jusqu'au 12 février 2026, elle évolue vers **un autoritarisme dangereux** qui supprime tout espace de dialogue, de débat, voire d'opposition.

Une hégémonie des pratiques professionnelles se confirme sans complexe.

Si les sciences humaines avaient de telles certitudes nos différences risqueraient d'être annulées. **De quel monde parlons-nous ?**

Ainsi des technocrates de l'ARS distribuent **les « certifiées »** en fonction de critères qui sont loin des réelles préoccupations quant à la prise en charge des patients, enfants ou adolescents présentant des troubles psychiques : **hygiène, parcours de soin, traçabilité**. La dimension thérapeutique et ce que cela demande aux soignants est écartée.

Une administration omniprésente mais sourde aux réelles problématiques : fermeture de services faute de soignants et de médecins, malgré les alertes et malgré nos diverses propositions.

Qu'est-ce qui nous montre que pour 2025 « la santé mentale a été cause nationale » et comment en 2026 ? Soyons considérés ! **Soyons prêts à disparaître !**

Cela me rappelle un slogan : « la liberté, c'est l'esclavage. »

Les syndicats se fraient un chemin sur ces questions, mais sont vite limités puisque tout est ficelé. L'organisation du travail peu contestable crée des tensions dans les équipes et altère leur équilibre. Les représentants syndicaux sont sollicités quand les **équipes à bout de souffle** sont prises dans des conflits inextricables.

À cette dynamique de contrôle s'ajoutent des avertissements de « trop de dépenses », « trop de temps », « trop de clinique ».

Les compétences des soignants acquises au fil du temps sont minimisées face à une « si belle connaissance et avancée scientifique » mais de ce qu'ils traversent quand ils sont confrontés à la folie pas toujours simple à côtoyer ou à déchiffrer. Ainsi, **certains deviennent les boucs émissaires** d'un système qui ne prend pas en compte la réelle difficulté de leur métier.

Le syndicat doit alerter **les responsables qui ont peu de scrupule** et la souffrance du personnel pèse peu face à des problématiques budgétaires qui envahissent le discours des directions.

Les difficultés sont évoquées lors des différentes commissions Comité Social d'Établissement, F3FCT : elles ont pour mission de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, la sécurité à titre consultatif.

C'est effectivement indispensable mais l'aspect consultatif **restreint la possibilité d'être entendu**. Actuellement les problématiques se rejoignent : comment ne pas considérer que plus la question du soin psychique est écartée, plus la société abandonne les populations les plus fragiles ? Ainsi, **une politique managériale s'est insidieusement imposée** dans nos différents services publics et associations ayant pour objet le soutien des personnes en difficulté. Il impose un contrôle des dépenses plus qu'une réelle politique sociale, puisqu'il affiche sans vergogne un mépris de l'histoire et des situations environnementales des personnes en question.

La mise en place de centres experts sans avoir concerté les professionnels s'ajoute au mépris.

Le soin relationnel continue d'être inconsidéré. L'État se désengage en livrant en pâture le soin à une Fondation dont les mécènes sont des entreprises privées **dont les objectifs sont plus que douteux**.

Les professionnels de terrain savent qu'accueillir ce public, quel que soit son symptôme, c'est parvenir à lui redonner confiance, et qu'**un diagnostic non suivi de soin l'isolera encore plus**. Nous sommes sans doute dérangeants face à cette politique qui prétend sans la moindre diplomatie détenir une vérité, mais surtout faire fi de la souffrance, en écartant entre autres les sciences humaines.

SUD (Solidaire Unitaire Démocratique) s'engage et appelle à un combat plus général puisque tous les services de l'État ou associations sociales ou médico-sociales sont impactés. Cette politique sécuritaire enferme chacun dans un silence mortifère alors que la situation sociale s'aggrave et nos acquis sociaux se délitent. Il est temps de faire entendre notre voix.



PATRICK BELAMICH, *Psychiatre, psychanalyste, ancien président de la FDCMPP.*

PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS : UNE ÉTHIQUE DU SOIN

On parle à juste titre de la maltraitance que peuvent subir certains patients mais très peu des conséquences des nouvelles politiques sur les soignants.

La considération et le respect accordés aux patients sont à juste titre présentés comme des composantes indispensables du soin. **Mais qu'en est-il pour les soignants ?** En psychiatrie et en pédopsychiatrie, la réalité est tout autre. On assiste à une volonté politique et administrative de nous **mettre « au pas »** par l'imposition de nouvelles méthodes soi-disant efficaces et opposables décidées **au mépris de notre expérience, de notre formation, de l'histoire de notre discipline et de notre subjectivité.** Compte tenu de ce qui fait le cœur même de notre travail, cette façon de procéder, autoritariste, fondée sur de la méfiance et une certaine haine des professionnels, est d'une **très grande violence.**

Chaque soignant est porté par une histoire personnelle. Ce n'est donc pas par hasard que cette voie est choisie. Nous travaillons avec ce que nous avons de plus intime, que nous mettons à disposition de nos patients. Au-delà de toute technique ou médium, **c'est l'humain qui soigne l'humain.**

Supporter la souffrance et l'angoisse des patients nécessite d'être « encordé », de pouvoir référer à d'autres, ce qui implique un dispositif institutionnel où **la parole**, faite parfois de doutes et d'incertitudes, **puisse être accueillie et circuler sans être jugée.**

Or, ce dispositif est mis à mal par la politique actuelle du gouvernement, en particulier par la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Délégation Interministérielle aux TND. Ces instances fonctionnent comme des officines de répression alors que **leur mission devrait être d'aider les soignants.**

Demandons leur dissolution.

La question du « prendre soin des soignants » apparaît ainsi comme un enjeu éthique et politique majeur. Loin d'être un luxe, la préservation de la subjectivité et de la santé morale des équipes est la condition même de la possibilité d'un soin de qualité. La parole des cliniciens sur leur situation révèle une violence faite au soin lui-même, qui se retourne contre ceux qui le prodiguent. **Cette violence est multiple.**

Violence de l'arbitraire administratif : par l'imposition unilatérale des ARS de protocoles rigides, et de cahiers des charges sans concertation. Des outils utiles sont transformés en instruments de dépossession. Les soignants sont réduits à être des « opérateurs », leur expertise clinique est niée.

Violence du manque de moyens obligeant de faire un tri entre les patients avec des listes d'attente, des effectifs contraints, des réunions de priorisation. Ce tri est vécu comme insupportable. Les soignants savent qu'ils laissent des enfants et des adultes sur le carreau, d'où un sentiment d'impuissance et une perte de sens.

Violence des inégalités territoriales : le soin est dégradé, la prescription devient un outil de gestion de crise. Isolés et débordés, les soignants sont contraints d'agir contre leur éthique.

La subjectivité du soignant est aussi engagée que celle du patient. **La négliger, c'est fragiliser tout l'édifice.**

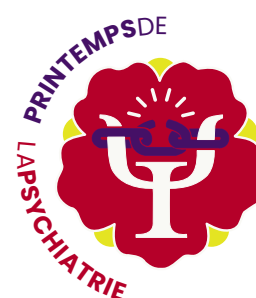
La subjectivité est un outil de travail. Le soin psychique est une rencontre entre deux subjectivités. L'objectivation n'a de sens que si elle est maniée par un sujet capable de l'ajuster à un autre sujet. Dénier cette part subjective, c'est réduire le soignant à un exécutant.

Le système met les soignants en contradiction permanente avec les principes de leur métier (trier plutôt que soigner, faire du chiffre plutôt que prendre son temps quand c'est nécessaire). Il crée **une usure morale qui mène à la démission et à la désertion des services.**

Il y a un besoin de reconnaissance politique : **la crise du soin est une crise morale**. Il faut donc s'attaquer aux causes : c'est-à-dire manque de moyens, surcharge administrative, déni des dilemmes éthiques, non-respect de la subjectivité de chacun...

L'éthique du soin est une éthique de la relation entre deux sujets. Si l'un des deux est brisé par le système, la relation de soin pâtit.

Prendre soin des soignants est donc la première des mesures de santé publique.



ANAÏS PEUCHERET, Infirmière de formation et cadre de santé depuis 2011, elle assure ces fonctions au centre Antonin Artaud à Reims. Son expertise clinique s'appuie sur un parcours académique, étant titulaire d'un master de psychanalyse et ayant une pratique clinique au sein du CPCT de Reims.

ENTRE GESTION ET TRANSFERT : LE CADRE DE SANTÉ COMME GARANT D'UN LIEU POUR LE SUJET

Entre la rigueur de la gestion hospitalière et l'imprévisibilité de la rencontre analytique, je propose de concevoir le cadre de santé comme le garant d'un lieu « habitable ». Mon parcours avec la psychanalyse m'enseigne que l'expertise n'est pas un savoir sur l'autre, mais une responsabilité : celle de faire exister au cœur de l'institution un vide nécessaire pour que la parole du patient puisse être entendue. Ma pratique de cadre ne consiste pas à gérer des flux mais à maintenir ouvert un espace où le transfert peut opérer. Qu'il s'agisse de la PI ou de l'accueil en CPCT, l'enjeu de la psychiatrie de demain est de garantir que l'organisation du soin reste au service du sujet, et non l'inverse.

Je voudrais commencer par une conviction qui guide ma pratique : soigner, c'est accepter de ne pas tout savoir sur l'autre. C'est laisser une place au vide et au silence pour que la parole du sujet émerge. Si nous sommes réunis aujourd'hui pour affirmer qu'« expertiser n'est pas soigner », **c'est parce que le soin est, avant tout, un acte de liberté partagée.**

Pourtant, intervenir aujourd'hui sur la fonction de cadre de santé en psychiatrie publique, c'est accepter de naviguer en zone de turbulences. **Ma position est à la jonction de deux mondes que tout semble opposer :** celui de la gestion hospitalière, marquée par une rationalité comptable toujours plus pressante, et celui de la rencontre clinique, par essence imprévisible et singulière.

Dans ce contexte, **on me somme souvent d'être une « experte » :** experte en flux de lits, experte en logistique, experte en gestion des risques. Mais mon parcours, nourri par la psychanalyse et mon engagement au CPCT de Reims, m'a appris **une distinction fondamentale :** l'expertise cherche souvent à clore un dossier par un diagnostic ou une nomenclature, là où **le soin cherche à ouvrir un espace pour que le sujet puisse dire sa vérité.**

Dans nos institutions saturées de protocoles, **le risque majeur est de boucher l'espace de la rencontre par des réponses toutes faites.** L'expertise installe une hiérarchie mortifère entre celui qui possède le savoir et celui qui en est l'objet. Or, **la démocratie dans le soin,** c'est précisément l'inverse : c'est reconnaître au patient une capacité d'agir sur son propre traitement. **C'est le passage nécessaire du « patient-objet » au « sujet-citoyen ».**

Mais alors, comment protéger cet espace démocratique au cœur de la machine hospitalière ?

Dans ma pratique quotidienne, je garde en tête l'idée qu'il est crucial d'instaurer **un cadre qui protège au lieu d'enfermer.** J'envisage ma fonction à l'instar de la notion freudienne de pare-excitation. Je me situe comme ce filtre indispensable face à l'effraction des logiques gestionnaires.

Dans un contexte où la pression des flux et la saturation des services peuvent faire « trauma » pour les équipes, **je tente de me situer comme un écran protecteur.** Mon statut de cadre me donne cette possibilité d'amortir les chocs. En faisant écran aux exigences comptables et aux indicateurs de performance, je permets à l'équipe de ne pas être submergée. **Je tente de préserver une « enveloppe soignante »** où le transfert peut encore s'opérer.

Soyons clairs : il n'y a **pas de démocratie possible si les soignants sont eux-mêmes réduits à des exécutants** de protocoles anonymes. On ne peut pas demander à une équipe d'être à l'écoute de la singularité d'un patient si elle est elle-même écrasée par l'anonymat des chiffres. Ma participation à la démocratisation du soin commence là : **protéger la capacité de penser des soignants** pour qu'ils puissent accueillir celle des patients.

C'est ici que la pensée de Pierre Dardot sur le Commun devient essentielle pour l'avenir de notre psychiatrie. Il définit le commun comme un « **agir collectif** », un « **co-obligement** ».

Transposé à l'hôpital, le co-obligement signifie que **le soin n'est pas une marchandise délivrée par un expert à un usager passif**. C'est une institution que nous devons construire ensemble : soignants, cadres, patients... **Pratiquer la démocratie**, c'est accepter que les règles du soin n'émergent pas d'en haut, par des protocoles standardisés, mais de **la délibération collective**, au plus près du patient et avec lui.

Mon rôle de cadre n'est donc pas d'être un outil de domination, mais le **garant d'un lieu habitable**. Diriger un service, c'est s'assurer que **l'institution reste une Agora** : un espace public de parole où le symptôme est entendu comme une question adressée au monde, et non comme une simple erreur du système à corriger.

Pour conclure, je voudrais nous interpeller tous, chacun de notre place : **comment pouvons-nous faire en sorte que l'institution reste un lieu vivant et non une machine à broyer la singularité ?**

Pour ma part, c'est refuser d'être une simple gestionnaire pour rester la gardienne d'un lieu où il reste une place à l'imprévisible — cet imprévisible qui n'est pas un défaut de l'organisation, mais le cœur même de notre métier. Le commun, c'est ce que nous produisons quand nous décidons ensemble que la dignité du patient et la parole du sujet primeront toujours sur le tableau Excel.



PIERRE DARDOT, *Philosophe, Université de Paris Nanterre, co-auteur de La nouvelle raison du monde (2010), Communs (2014), Dominer (2020), Instituer les mondes (2025)*

EXPERTISE, EXPÉRIENCE, DÉMOCRATIE

La psychophobie n'est pas une doctrine positive fondée sur des découvertes scientifiques susceptibles de la légitimer, elle entend d'abord et avant tout consacrer certaines pratiques à l'exclusion de toute autre. On lui opposera donc des pratiques de soin capables de faire commun entre psychiatrisés, anciens ou actuels, psychiatres, infirmiers, usagers, à l'intérieur comme à l'extérieur des institutions.

La survalorisation de l'expertise en psychiatrie pose la question de son rapport à l'expérience comme celle de la valeur politique de l'expérience. On n'entend plus beaucoup aujourd'hui la référence à l'expérience dans le mot « expertise ». Or l'expertise s'acquiert par l'expérience, c'est-à-dire par la pratique, et étymologiquement l'expert est d'abord et avant tout celui qui a l'expérience. Or la démocratie sur laquelle nous nous interrogeons dans cette table-ronde n'est ni un régime politique ni une procédure, mais une expérience qui consiste en des pratiques de soins impliquant une relation directe avec des patients toujours singuliers. L'expérience nous met ainsi en présence de données hétérogènes qui font obstacle à l'expertise consacrée par la logique néolibérale comme monopole de spécialistes.

Considérons le jugement de diagnostic en médecine. Le diagnostic est un jugement au sens plein du terme, irréductible à l'application d'une norme en raison de la singularité du cas qui est donné à l'observation. Par rapport à ce cas, la catégorie n'est pas donnée d'avance. Le jugement de diagnostic consiste à trouver la catégorie qui convient à ce cas singulier, et non à appliquer une catégorie donnée d'avance à un tel cas. Entre le diagnostic et la décision thérapeutique, comme le voit bien Deleuze, il y a cette différence que, dans la décision thérapeutique, la catégorie est déjà donnée par rapport au cas particulier, mais la difficulté est de l'appliquer (contre-indications en fonction du malade, etc.). Mais même dans ce cas, le jugement médical excède toujours la simple application d'une catégorie.

Mais que reste-t-il du jugement dans les Centres diagnostics Experts ? Il faut prendre au sérieux le nom de Centres Experts (et non Centres d'experts). Il est difficile de pousser plus loin l'autonomisation du diagnostic par rapport à tout sujet, qu'il s'agisse de celui qui est censé faire le diagnostic, de celui qui est chargé de l'annoncer au patient ou encore de le traduire en décision thérapeutique. On atteint là le paroxysme de l'« objectivisme médical » (Robert Castel). L'expertise des plateformes de diagnostic et d'évaluation fait obstacle à tout jugement de diagnostic au sens où nous l'avons défini. Elle est chargée de présenter des décisions déniées qui s'exemptent de tout débat contradictoire comme des évidences s'imposant d'elles-mêmes. On décide tout d'abord de constituer des catégories homogènes à partir de données hétérogènes fournies par l'expérience en sacrifiant toute hétérogénéité. On obtient ainsi trois grandes catégories : a- troubles du spectre autistique (TSA) qui regroupent un ensemble de troubles neurobiologiques b- Les dys- (dyslexiques, dyspraxiques, etc.) c- Le déficit de l'attention et l'hyperactivité (TDAH). On décide ensuite de les regrouper sous le titre de Troubles du Neuro Développement (TND) sans aucune preuve d'une quelconque base commune qui permettrait de justifier un tel regroupement. On est ainsi passé d'une catégorie d'anomalies physiques ou génétiques à une hypothèse classificatoire vite promue en catégorie scientifique à part entière (Mathieu Bellhasen). Cette seconde décision est tout aussi arbitraire que la première et dictée comme elle par la volonté d'éradiquer les incertitudes du psychique, ce qui est l'essence de la psychophobie, haine du psychique née de la peur de perdre une maîtrise. Elle constitue la base des évaluations standardisées et des questionnaires préremplis. Les diagnostics qui en résultent sont alors présentés comme indiscutables car fondés sur des marqueurs biologiques. En réalité, il s'agit non d'un diagnostic plus affiné mais d'une remise en cause de la logique même du diagnostic, réduit à une simple application. L'expertise tend ici à dispenser de juger, elle n'est pas fondée sur l'expérience mais sur la confiscation de l'expérience commune à partir de l'extraction des données recueillies auprès des patients.

La mise en données tend alors à constituer le cœur de l'expertise, ce qui revient à rendre l'expérience impossible puisqu'on supprime d'emblée l'hétérogénéité au lieu de l'affronter à l'intérieur d'une relation avec le patient. Le médecin disparaît derrière l'expertise et le patient derrière les données qu'il fournit. C'est

cette fabrication de l'homogène par effacement du sujet qui permet de donner une pseudo-légitimité aux diagnostics issus des Centres Experts et d'imposer autoritairement aux soignants comme aux soignés les seules pratiques conformes à la cote mal taillée de schémas préétablis à l'exclusion de toutes les autres. A cette imposition autoritaire, il faut opposer le droit à la pluralité des pratiques de soins, en misant notamment sur le pouvoir soignant des Collectifs, qu'il s'agisse de collectifs travaillant dans et hors des institutions (comme le groupe Psy psy) ou de communautés d'usagers vivant la souffrance psychique (comme celle qui s'est regroupée autour du journal Soin soin).

Mais afin de s'opposer au dogmatisme de la psychiatrie biomédicale, il ne suffit pas de plaider pour un respect scrupuleux des normes scientifiques. Il faut aller au-delà dans le sens d'un élargissement des sources de la connaissance à travers une confrontation avec une « pluralité de perspectives légitimes et coordonnées » « au sein d'une communauté élargie de personnes expertes et non expertes, comprenant des chercheurs et des représentants sociaux, politiques et économiques capables de discuter d'égal à égal de la force et de la faiblesse des théories scientifiques produites et de leurs effets sur la collectivité » (Mario Colucci, psychiatre italien). La validation de ces théories et connaissances ne doit pas rester l'apanage exclusif des experts, ces derniers fussent-ils de vrais experts, mais impliquer les citoyens concernés directement par les décisions publiques en matière de santé mentale. C'est en quoi l'exigence de démocratie s'impose non seulement en matière de pratiques de soins mais aussi de validation des connaissances dans la domaine de la santé mentale.

Pour résumer : d'une part, l'expérience de la démocratie ici et maintenant dans les pratiques de soin, d'autre part, le projet d'une démocratie dans la validation des connaissances par une communauté élargie aux non experts (citoyens et usagers).



MATHIEU LEONARD, (absent, texte lu), *Soin'Soin, journal de réflexion sur le soin psychiatrique fait par des usager.es. Le but est d'apporter de la ressource autant vers les personnes concernées que le grand public..*

LE SAINT GRAAL ?

La science psychiatrique ne fait pas état de ses « conflits d'intérêts » avec une domination sociologique de ses patient.es, amenant les psychiatres à occulter une grande partie du spectre des souffrances des usager.es. Le but de la santé communautaire est de casser ce paternalisme médical et de rendre le soin plus conscient de ses réels enjeux et plus adapté.

Depuis sa dénomination comme science, **la psychiatrie est une pièce dont le patient et le médecin seraient le côté pile et le côté face**. Unis mais opposés, et en de bien nombreux points. Si l'on se pose la question de l'origine de cette dualité, les raisons sont multiples : à la croisée du rationnel, de la philosophie et même de la poésie, cette science multiple est depuis la mort de Pinel, comme détenue, prise en otage par la médecine et je ne vous l'apprends pas.

S'il y a **bien des gens qui ont compris cela, c'est bien les patients eux-mêmes**, se voyant pathologisés, un coup oui, un coup non, pour telle ou telle souffrance et en fonction de leur sexe, âge, couleur de peau ou classe sociale.

Alors, face à ce jugement partial et hasardeux qu'est cette expertise psychiatrique, nous allons parler aujourd'hui du **côté face de cette mystérieuse pièce qu'est la psychiatrie**.

De nombreux usagers ont émis des réflexions, se sont rencontrés, organisés et ont créé des collectifs de défense, des associations de soutien, et ont ainsi pu **participer à redonner un sens holistique à ce soin** qu'ils n'ont jamais reçu, ont produit un savoir méconnu, sous-estimé voir méprisé du fait de leurs auteurs et de leur non-appartenance à la classe strictement scientifique.

Pourtant, aujourd'hui même **le concept de rétablissement psychiatrique**, symbole de modernité scientifique, et la réhabilitation psychosociale, ont été **créés et développés par les usagers**.

Pour n'en citer que quelques-uns, **voici des collectifs et associations** qui ont œuvré et œuvrent encore aujourd'hui à produire une réflexion, un savoir qui a pour but d'élargir la vision experte, pathologisante et pathétique de la souffrance des usagers.

« **Tenir tête** » est l'association qui a publié l'ouvrage « **Barge** », aujourd'hui un classique, revisitant la vie en phase maniaque selon le point de vue de la concernée.

« **Comme des fous** » est un site qui archive de nombreux articles et réflexions sur la santé mentale, autant du point de vue psychiatrique, sociologique et artistique.

Caplab, le lieu de répit, Democrapcy, La Trame, et tout un tas de tiers-lieux non médicalisés en France, accueillent des milliers de personnes en souffrances psychiques mais restent pourtant sous les radars, inconnus du public et pire encore, des professionnels eux-mêmes.

Que l'on soit accueilli aux urgences, en CMP ou en libéral, le savoir et les expériences concrètes des usagers ne sont pas reconnus et considérés telles qu'elles devraient l'être.

Arrêtons de dénoncer un manque de moyen de l'État, car c'est d'abord un réel conservatisme et une lutte pour garder le pouvoir de la psychiatrie que les médecins mènent depuis plus de deux siècles.

Notre journal, par exemple, cherche à donner de la ressource et à **atteindre l'usager**, bien souvent déjà hospitalisé mais qui est coupé de son environnement potentiellement bénéfique pour lui, car mal ou non informé. Mais **bien des professionnels aussi sont ravis de le lire** afin d'en apprendre plus sur les alternatives à l'hospitalisation et l'utilisent pour des ateliers d'écriture ou de réalisation de magazines avec leur patients.

On y publie aussi des **témoignages de personnes en prise avec un système de soin qui s'avère malveillant et porteur de traumatismes**, et avec une qualité littéraire qui n'a rien à envier aux grands écrivains squattant les têtes de gondole de nos chères librairies.

Alors sachez chers professionnels que nous vous remercions grandement de vous occuper de nous et que souvent le sentiment d'être ingrats nous traverse, mais sachez aussi que **nous cherchons à aller vers vous et que nous sommes prêts à collaborer ensemble** afin de rendre le soin plus juste.

Il n'y a rien de plus faux que la science, car les vérités d'un jour se révèlent souvent des mensonges le lendemain.

POUR ALLER PLUS LOIN...

- **QUI ON CROIT ET POURQUOI ? L'INJUSTICE TESTIMONIALE**

https://www.youtube.com/watch?v=fDWIVQDb-_o

- **QUI FAÇONNE LES TERMES QU'ON A POUR DÉCRIRE QUELLES RÉALITÉS ? L'INJUSTICE HERMÉNEUTIQUE**

<https://www.youtube.com/watch?v=HOUs6duNzJE>

- **QUI PERÇOIT QUOI ET POURQUOI? LE STANDPOINT**

<https://www.youtube.com/watch?v=Nu-wq-FzgNk>



TAHRA MOULAY, *Psychologue clinicienne, psychothérapeute, CMPP / BAPU*

L'ÉLAN POUR SORTIR DE L'ENTRE-SOI : SE RELIER ET LUTTER POUR UN FUTUR DÉSIRABLE

La tentation de rester entre-soi existe dans tout groupe, avec le risque d'épuisement et de dimension mortifère...Se relier à d'autres qui, dans d'autres champs, luttent aussi pour un modèle de société désirable, respectueux des singularités plurielles, permet de faire circuler des récits de lutte, de stratégies face à l'adversité, contes de petits et grands succès.

De fait il s'agit bien de la possibilité d'une altérité incarnée, vivante, et de garder une disponibilité en nous pour la part de rêve qui insuffle la relance créative.

Ce n'est pas une fin de journée, c'est un début de printemps.

La tentation de rester entre-soi existe dans tout groupe

Au Printemps, on espère aujourd'hui avoir durablement, par des liens solides, élargi le groupe !

Nous sommes encore trop nombreuses et nombreux éloigné.e.s d'autres qui ailleurs, différemment, dans d'autres luttes, portent la défense d'un modèle de société respectueux des singularités plurielles, et d'une subjectivité vivante, loin d'un état de l'être agentique, ou réduit à une assignation

Celles et ceux qui se mobilisent pour des luttes antifasciste, anti-raciste, féministe, écologiste..

Pourtant, si toutes et tous, nous connaissons, ou sommes en risque de connaître l'épuisement, nous avons une grande force en commun : **le vœu d'un futur désirable.**

Assurément nous avons beaucoup à apprendre des cultures militantes de ces autres univers, champs de pensée pour l'action et de pragmatismes et retours d'expériences

Assurément nous avons aussi beaucoup à proposer et apporter dans une approche psychanalytique : la valeur de la parole, de la narration dans sa puissance d'inscription symbolique et d'émancipation, le traitement des pulsions, etc...

Ici et là existent des hybridations fécondes, en termes de rencontres, débats, création, soutien mutuel, partage d'outils et stratégies de lutte, et action commune

Félix Guattari pose dans « Les trois écologies » que **l'écologie environnementale, mentale, et sociale, sont indissociables** : ressentir et penser plus grand que soi. Effets délétères ou favorables, s'entremêlent sujet de l'intériorité, lien à la nature et au vivant, et qualité de la proposition du social.

Se relier à l'autre, comme le rappelle Donald Winnicott dans « Jeu et réalité » c'est **s'ouvrir à créer une aire transitionnelle**, un espace intermédiaire entre le rêve et la réalité, qui ne peut exister que si l'authenticité des sujets s'y engagent, et **produire une co-création.**

Peut-être que **la ressource la plus précieuse** aujourd'hui est celle de **l'authenticité dans le lien à soi et dans l'altérité**, pour préserver et nourrir notre capacité inventive et prolifique, et continuer à affirmer haut et fort la valeur humaine du sujet singulier, vivant et désirant

Peut-être que la ressource la plus précieuse dans les temps que nous vivons est **notre capacité**, dans l'adversité, **à nous relier.**

Jouer, car il s'agit bien de cela, et **jouer sérieusement**, pour ce qui nous est absolument essentiel, est ce que Martin Le Chevalier a eu envie de regrouper comme une grande brassée de fleurs par les 1200 entrées de son « Répertoire des subversions. Art, activisme, méthode »

Henri Maldiney souligne sans relâche en phénoménologue la puissance de l'expérience vécue. Dans « Art et existence, » il propose que dans nos vies la **dimension créative, artistique, est une expérience de l'imprévisible**, dont la qualité subtile est une transformation profonde de notre rapport au monde si nous pouvons accéder à « L'Ouvert »

Dans leur essai « Joie militante. Construire des luttes en prise avec leurs mondes », Carla Bergman et Nick Montgomery proposent **une réflexion sur les obstacles de l'action** et de la transformation collectives, proposent de dépasser les rigidités, de **lutter aussi avec et par la joie**, et célébrer dans la joie les petits et grands succès

Oui, il y a encore beaucoup à faire

Mais regardez autour de vous, regardez-vous les uns les autres, regardons-nous : aujourd'hui est assurément un grand succès !



CONCLUSION DE LA JOURNÉE SUR LE VIF DU PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE

SANDRINE DELOCHE,

Pédopsychiatre dans l'intersecteur du 14^e arrondissement de Paris

Nous avons à organiser dès à présent différents cercles de résistance. Nous ne pouvons pas être en lutte sur le terrain, au quotidien, dans nos institutions sans l'arrière-plan de cercles de résistance extérieurs. Du reste, dès qu'on externalise nos revendications (préservation de nos pratiques du soin psychique), qu'on dénonce haut et fort les manœuvres managériales destructrices, la hiérarchie montre un malaise grandissant face aux lanceurs d'alerte.

Il est temps de refuser ouvertement ce management infantilisant et réducteur, qui au motif de notre supposée « incompétence », détruit l'institutionnel qui nous occupe et nous lie.

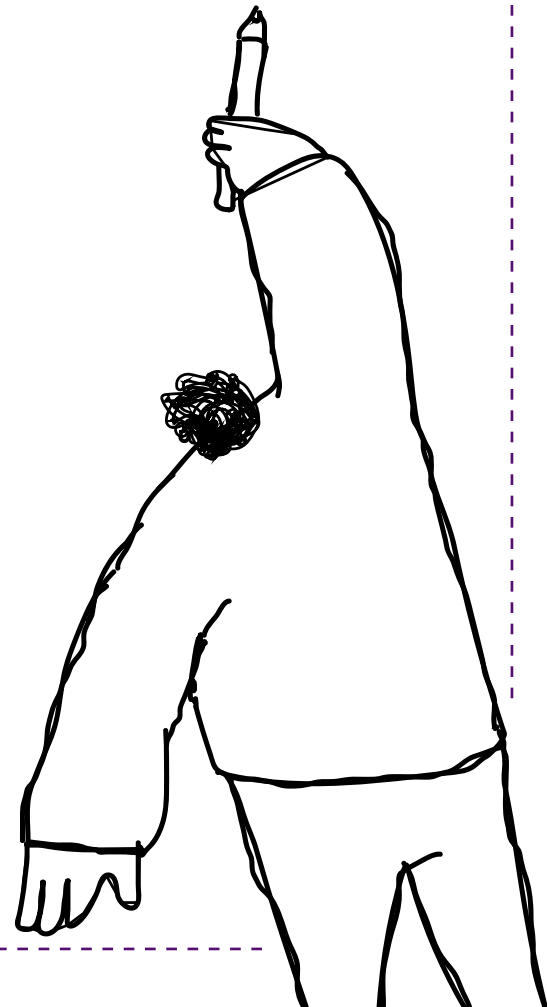
Cet imaginaire-là du pouvoir technocratique de se prétendre indispensable pour « réorganiser » notre travail, **nous n'en voulons plus.**

Je ne connais pas d'autre spécialité médicale qui soit à ce point gouvernée, surveillée et punie dans sa pratique.

Prenons acte de la force unitaire du moment pour dire tous ensemble « ça suffit » ! Et entamer des actions de rébellion. Commençons par refuser d'être de simples exécutants de directives destructrices venant de l'HAS.

Le soulèvement d'après viendra de nos vœux de le vouloir.

Lecture à plusieurs voix des p'tits papiers « **Je veux, mon vœu** » déposés dans la boîte.



ANNEXES

- **#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX
POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN** P68
- **MANIFESTE POUR UN RENOUVEAU
DES SOINS PSYCHIQUES** P72
- **PÉTITION DE L'ÉVOLUTION
PSYCHIATRIQUE MISE A JOUR** P74
- **LE CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE GINETTE AMADO** P76
- **INTERVENTION PAR LES REPRÉSENTANTES ÉLUES
DU PERSONNEL CGT DE LA FONDATION VALLEE** P79
- **ÉQUIPE DE MILLAU** P80
- **MILLAU FLYER OFFRE SPÉCIALE** P82
- **FRESQUE : LA FOLIE N'EST PAS
UNE AFFAIRE PERSONNELLE** P83
- **ET ENSUITE ? POURSUIVONS ENSEMBLE
LA MOBILISATION POUR UN RENOUVEAU
DES SOINS PSYCHIQUES** P84



#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

de couple plus de lien et de collectif

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

- mise en place de la formation sociologique d'intégration en psychiatrie que les psychiatres soient à l'écoute formés aux humanités
- mise en place de groupes de lecture autour de textes fondamentaux : Freud, LACAN...
- mobiliser, faire des groupes de travail avec les enseignants à partir de leur savoir enseignement

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

J'ai eu un fils qui a fréquenté "les psychiatries" et le hôpital psychiatrique pendant de années. Finalement il est devenu -

pendant toute ces années nous avons été méprisé et ignoré par les psychiatres et le personnel des hôpitaux.

mon vœu c'est que les psychiatres soignent les malades avec l'aide de leur famille.

Jacques TAVENAU 06 83740278

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Restaurer un soin digne, retrouver le sens du collectif de soin en soignant le lien (social, de pensée). Retrouver la solidarité et l'inconditionnalité de l'accueil portés par le service public.

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Soutenir toutes les pratiques qui gravitent autour de la psychiatrie et aidant les malades : psychothérapie (doit être gratuite et faite par professionnels) et sports tels que la plongée (lutte contre le stress post-traumatique) Les pratiques doivent être gratuites.

les pratiques

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Je pense que les personnes composant le pôle de la psychiatrie pourraient inclure dans l'ordre du jour de leur événement, l'expression orale des patients. ayant une expérience psychiatrique. Ainsi, se joint à la logique corporatiste et syndicale, la logique "informelle" des concernés. le pôle se caractériserait mieux et saurait développer ensuite une voie vers le futur.

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

Il se peut qu la psychiatrie évoluerait ainsi vers le champ de la santé sociale et s'ouvrirait plus pour la défense des droits des patients.e.s. et une approche plus démocratique en général.

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Je veux une (pédo) psychiatrie humaniste avec plus de moyens financiers et humains ce qui permettra de créer, d'inventer, de soulager vraiment la souffrance où elle est. Plus libre...

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Je veux humains et matériels pour une psychiatrie humaniste plurielle -

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Laissez nous nos lieux de soin en permettant aux professionnels de le faire comme ils le souhaitent et non comme vous le voudriez.

Laissez nous nos lieux d'expression qui nous permettent de nous connaître et d'avoir des connaissances tant humaines qu'artistiques. Ne soyons pas des invisibles dans la masse.

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Une psychiatrie qui nous écoute, qui nous parle, qui nous traite humainement et dignement par la relation (nous = patients, soignants, proches - et on peut être tout ça à la fois!)

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Je souhaite que les psychologues soient remboursés par la sécu et / ou dans chaque établissement, salaire en nombre suffisant.

Mettre des psychiatres et soignants en nombre suffisant dans les prisons. Celles-ci doivent être conçues pour être des lieux de soins psychiatriques et des lieux de développement des personnes.

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Des portes ouvertes et des soins

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

1) LA SUPPRESSION DES ARS

2) ARRÊT de la fermeture des lits de la publique

3) "Négoce" dans les organigrammes des hôpitaux (postes invisibles)

4) Embauche et titularisation des agents de terrain

EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Je veux, mon vœu, c'est une psychiatrie humaine et libre, qui écoute et s'accompagne avec douceur.

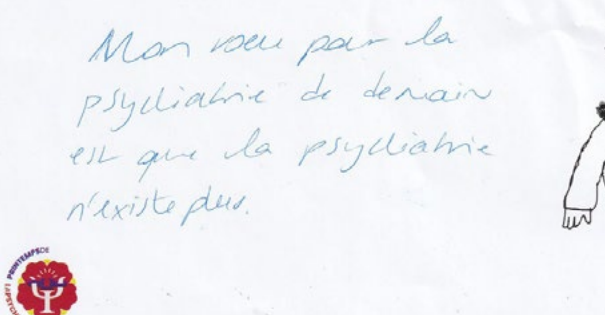
EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Mon vœu par la psychiatrie de demain est que la psychiatrie n'existe plus.



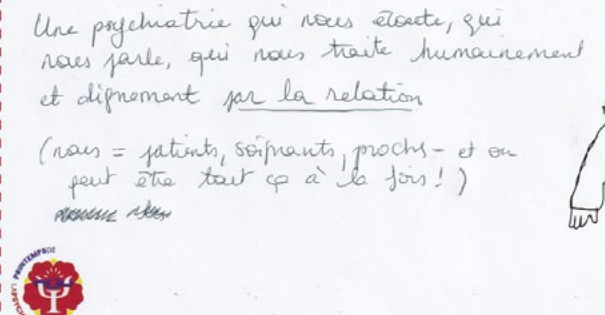
EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Une psychiatrie qui nous écoute, qui nous parle, qui nous traite humainement et dignement par la relation
(nous = patients, soignants, proches - et on peut être tout ça à la fois !)

POURQUOI PAS ?

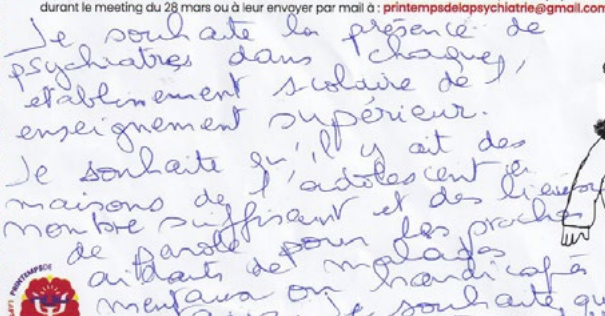


EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Je souhaite la présence de psychiatres dans chaque établissement scolaire de enseignement supérieur.
Je souhaite qu'il y ait des maisons de retraite et des lieux de vie pour les personnes âgées et des lieux de vie pour les personnes handicapées.
Je souhaite que les familles aient accès au droit de leur proche malade.



EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

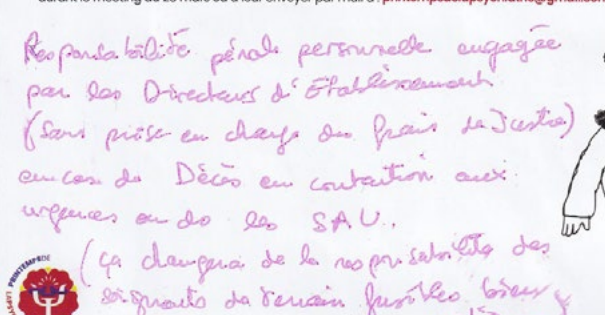
parents ou enfants.

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Responsabilité pénale personnelle engagée par les Directeurs d'Établissements (sans prise en charge ou frais de Justice) en cas de Décès en contestation avec urgences ou de les S.A.U.

(ça changera de la responsabilité des soignants de demain faites bien réfléchir)



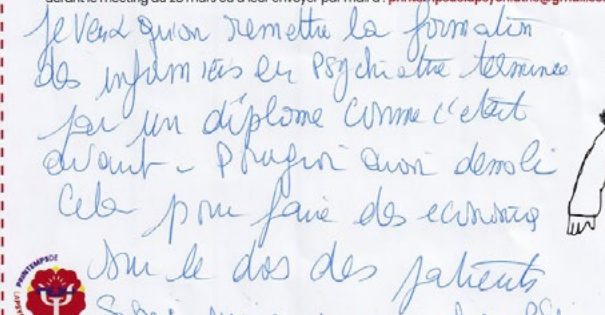
EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Je veux qu'on remette la formation des infirmiers et psychistes techniques par un diplôme comme c'est avant - Pourquoi avoir démolit cela pour faire des économistes ou le dos des patients ?

Soit: une ancienne infirmière psy

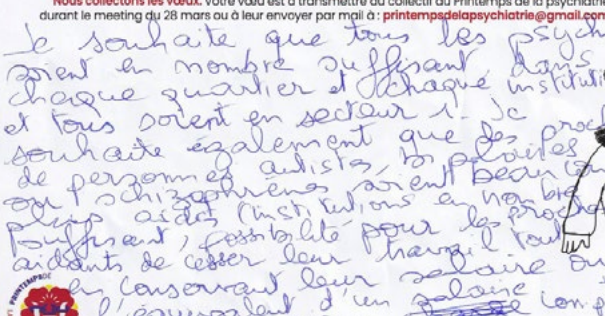


EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Je souhaite que tous les psychiatres soient en nombre suffisant dans chaque quartier et chaque institut et tous soient en secteur 1. Je souhaite également que des professionnels aident, les proches ou schizophrènes soient beaucoup plus aidés (notamment en matière de soins de santé mentale) pour les proches aidants de cesser leur travail tout en conservant leur salaire ou l'équivalent d'un salaire minimum pris en compte pour la retraite.

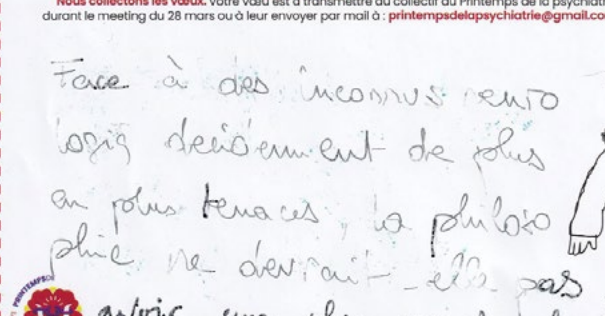


EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Face à des incertitudes neurologiques décidément de plus en plus tenaces, la philosophie ne devrait-elle pas avoir une plus grande place ?



EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?


#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

**#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX
POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN**

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

- la liberté et le respect
des contenus psychiques
des patients et soignants

- l'importance des relations et
échange humain par
le bien-être




EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

**#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX
POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN**

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Que tous les personnels
travaillent de la façon
psychothérapeutique institutionnelle
c'est à dire - être là
- humaniste




EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

**#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX
POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN**

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Que les 60 lits
de la Fondation Vallée
soient...




EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

**#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX
POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN**

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com

Je veux plus de lien
et de collectif



EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

**#JE VEUX MON VŒU #FAITES VOS VŒUX
POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN**

Nous collectons les vœux. Votre vœu est à transmettre au collectif du Printemps de la psychiatrie durant le meeting du 28 mars ou à leur envoyer par mail à : printempsdelapsychiatrie@gmail.com



EXPERTISER N'EST PAS SOIGNER. QUELLE(S) PSYCHIATRIE(S) POUR DEMAIN ?

Ne pas jeter sur la voie publique. © Conception graphique : Estelle Zannin Watine © Illustration : Rawpixel



MANIFESTE POUR UN RENOUVEAU DES SOINS PSYCHIQUES

La psychiatrie et la pédopsychiatrie n'en peuvent plus. Depuis déjà plusieurs décennies, ceux qui les font vivre ne cessent de dénoncer leur désagrégation et de lutter contre le déclin dramatique des façons d'accueillir et de soigner les personnes qui vivent au cours de leur existence une précarité psychique douloureuse. En vain le plus souvent. Ce qui est en crise, c'est notre hospitalité, l'attention primordiale accordée à chacun et à un soin psychique cousu-main, à rebours du traitement prêt-à-porter standardisé qui se veut toujours plus actuel. Les mouvements des hôpitaux du Rouvray, Le Havre, Amiens, Niort, Moisselles, Paris, etc... ont su bousculer l'indifférence médiatique et rendre visible au plus grand nombre le chaos qui guette la psychiatrie. Pour percer le mur du silence, il n'aura fallu rien de moins qu'une grève de la faim...

Devant cette régression organisée, nous nous engageons tous ensemble à soigner les institutions psychiatriques et à lutter contre ce qui perturbe leur fonctionnement. Patients, soignants, parents, personnes concernées de près ou de loin par la psychiatrie et la pédopsychiatrie, tous citoyens, nous sommes révoltés par cette régression de la psychiatrie qui doit cesser. Il s'agit pour nous de refonder et construire une discipline qui associe soin et respect des libertés individuelles et collectives.

Contrairement à la tendance actuelle qui voudrait que la maladie mentale soit une maladie comme les autres, **nous affirmons que la psychiatrie est une discipline qui n'est médicale qu'en partie.** Elle peut et doit utiliser les ressources non seulement des sciences cognitives, mais également des sciences humaines, de la philosophie et de la psychanalyse, pour contribuer à un renouveau des soins axés sur la reconnaissance de la primauté du soin relationnel. Notre critique de ce qu'est devenue la psychiatrie ne peut faire l'impasse sur la responsabilité de ses gestionnaires.

Les avancées de la recherche scientifique ne peuvent durablement être confisquées par des experts auto-proclamés dont les liens avec l'industrie pharmaceutique sont suspects. Les savoirs scientifiques ne doivent pas servir d'alibi à des choix politiques qui réduisent les sujets à un flux à réguler pour une meilleure rentabilité économique. Nous sommes face à une véritable négation du sujet et de sa singularité, au profit de méthodes éducatives, sécuritaires ou exclusivement symptomatiques. Les interdits de pensée sont devenus la règle d'une discipline où l'on débat de moins en moins. La psyché humaine est tellement complexe qu'elle n'obéit à aucune causalité, simple et univoque, et se moque des réductions idéologiques. Toute approche privilégiant une réponse unidimensionnelle est nécessairement à côté. Nous récusons, dès lors, toute politique d'homogénéisation des pratiques. Une politique qui détruit la cohérence des équipes et instrumentalise la parole des patients, fige la capacité d'inventer à force d'injonctions paradoxales, dans la nasse de discours sans épaisseur et mortifères.

Aussi, si le budget de la psychiatrie, sans cesse rogné depuis des années, doit être largement revalorisé, comme l'exigent toutes les mobilisations actuelles, **c'est l'appauvrissement des relations au sein des lieux de soins qui est notre souci premier.** La standardisation des pratiques protocolisées déshumanise les sujets, patients et soignants. Le recours massif aux CDD courts, le tarissement organisé de la formation continue, l'inadéquation des formations initiales qui privilégient cours magistraux et visionnages de DVD sans interactions entre les étudiants et leur formateur, contribuent à la désagrégation des équipes au sein desquelles le turn-over est de plus en plus important. La continuité des soins et la cohésion des équipes en sont durablement compromises. Nous devons opposer à cet état de fait la spécificité de la maladie psychique, qui sous-tend la nécessité d'une approche singulière et d'un travail spécifique d'équipes pluridisciplinaires en institution psychiatrique ainsi que dans le médico-social, et la co-construction d'alliances thérapeutiques fécondes avec les personnes accueillies. C'est tout le monde de la psy et des psys, en institution ou pas, qui est concerné.

Nous voulons en finir avec l'augmentation continuelle du recours à l'isolement et à la contention, la contrainte doit cesser d'être la norme. Le droit des patients, hospitalisés ou non, est régulièrement ignoré, parfois volontairement bafoué. Cette violence institutionnelle, régulièrement condamnée par la Cour

Européenne des Droits de l'Homme, touche en premier lieu les soignés, mais affecte aussi les soignants. La psychiatrie et le secteur médico-social doivent pouvoir s'appuyer sur des équipes stables avec des personnels non interchangeables quel que soit leur statut. Ils doivent pouvoir bénéficier d'une assise solide qui autorise la parole et propose de véritables évolutions de carrière.

Au-delà du soin, nous voulons travailler à des accompagnements alternatifs, nouer des liens équilibrés avec les différentes associations qui œuvrent dans la cité. Nous voulons multiplier les lieux qui cultivent le sens de l'hospitalité avec un accueil digne et attentif aux singularités de chacun.

Nous nous engageons à participer, organiser, soutenir tout débat, toute action ou mouvement cohérent avec ce manifeste, avec tous les professionnels, leurs syndicats, les collectifs, les associations de familles et d'usagers, et l'ensemble des citoyens qui souhaiteraient soutenir et développer une psychiatrie émancipatrice du sujet.



SIGNATAIRES DU MANIFESTE DU PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE

Appel des appels (ADA) • Association méditerranéenne de psychothérapie institutionnelle (AMPI) • Association professionnelle des médecins d'orientation psychodynamique (AMoPSY) • Association des psychiatres infanto-juvéniles de secteur sanitaire et médico-social (API) • Actualité de la psychanalyse à Troyes • Blouses Noires du Rouvray • CEMEA • CGT du Césame, Angers (49) ; du CH de Lavour (81) ; du CHS de Sevrey (71) ; de Vinatier (69) ; du CHU de Nantes • CIPPA • Collectif des 39 • Collectif pédopsychiatrie du 19^{ème} en lutte • Collectif national des psychologues hospitaliers • Collectif Psy de St Jacques (Nantes) • Collectif « Sans fermer » • Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de proximité • Convergence des Psychologues en Lutte (CPL) • La Criée • Association Empreintes et Arts • Ensemble ! • Fédération Des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (FDCMPP) • Fédération des orthophonistes de France (FOF) • La FEDEXC • La FIAC • Le Fil conducteur Psy • France Insoumise • GECA • GEM Passe muraille de Gap • Génération.s • Humapsy • Inter-collèges des psychologues hospitaliers • Mouvement des Psychologues cliniciens et Psychologues Psychothérapeutes (Association M3P) • NPA • PCF • Pinel en lutte • Le Point de Capiton • Pratiques, les cahiers de la médecine utopique • Les Psy causent • La Psy Cause (collectif soignant psy de St Étienne /42) • Psychiatrie Parisienne Unifiée • Psy soins Accueil • La Rattroupe, collectif soignant • Réseau Européen des Santé Mentale Démocratique • SERPSY • Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) • Fédération Sud Santé Sociaux • Union Syndicale de la Psychiatrie (USP) ...

... ET PLUS DE 500 SIGNATURES INDIVIDUELLES ! PRINTEMPSDELAPSYCHIATRIE.ORG



PÉTITION DE L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE MISE À JOUR

APRÈS LA PPL 385, LA PPL 2249 : UNE PROMOTION INQUIÉTANTE DE LA HIÉRARCHISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES QUI INSTITUTIONNALISE LE MODÈLE DES CENTRES EXPERTS

La réécriture en urgence de la proposition de loi n°385, intervenue à quelques jours de son vote au Sénat, est le résultat direct d'une mobilisation massive des psychiatres, psychologues et professionnel(le)s du soin psychique, qui a mis en échec la faiblesse des arguments scientifiques et cliniques initialement avancés. Les termes de Centres experts et de fondation Fondamental qui constituaient le cœur du texte initial disparaissent de la nouvelle PPL. Il faut s'en féliciter et être certain de ceci : c'est un signe supplémentaire de la fragilité de cette proposition.

Malheureusement, les enjeux financiers sont trop importants et la proposition simpliste de l'expertise trop séduisante. Sous cette forme nouvelle, la proposition de loi a été votée au Sénat, montrant que, du côté des promoteurs de ces propositions, toutes les formulations sont bonnes pour donner aux centres experts, d'une manière ou d'une autre, une place prépondérante dans notre système de soins.

LES "SOINS DE TROISIÈME RECOURS" : UNE HIÉRARCHISATION PROBLÉMATIQUE DES PRATIQUES PSYCHIATRIQUES, ENTÉRINANT IMPLICITEMENT LA PLACE DES CENTRES EXPERTS DANS LE DISPOSITIF DE SOINS

La réécriture de la proposition de loi, maintenant déposée à l'Assemblée nationale, substitue à la référence explicite à des structures identifiées la notion plus générale de « soins de troisième recours en psychiatrie ». Si elle prend les allures d'une révision rassurante et plus présentable du texte initial, cette reformulation entérine toutefois une hiérarchisation des soins, directement inspirée du modèle de la médecine somatique, fondé sur la gradation technique et la spécialisation croissante des prises en charge.

Une telle hiérarchisation, à laquelle, rappelons-le, l'OMS s'oppose^[1], apparaît de surcroît profondément problématique au regard des principes fondateurs de la psychiatrie publique. Elle disqualifie le travail clinique des équipes de secteur en les cantonnant à un rôle de premier accueil, tandis que l'expertise diagnostique et décisionnelle serait déplacée vers des structures dites « de recours ». Cette logique transforme la clinique et sa complexité en critère de tri plutôt qu'en objet d'un travail collectif et continu. Elle rompt avec les principes d'accueil inconditionnel, de proximité territoriale et de continuité des soins qui structurent historiquement la psychiatrie de secteur. C'est quand elle n'est plus capable d'assumer ces missions tant elle est laissée à l'abandon qu'il devient aisé de la critiquer et de lui proposer une alternative, à peine pensée.

L'ERRANCE DIAGNOSTIQUE DES PATIENTS EST LA CONSÉQUENCE DIRECTE DE LA DÉGRADATION DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

Ainsi l'errance diagnostique et thérapeutique invoquée pour justifier l'institutionnalisation d'un troisième recours n'est pas le symptôme d'un déficit d'expertise mais celui de la conséquence directe du sous-financement chronique de la psychiatrie publique, de la pénurie de professionnels et de la dégradation des conditions de travail dans les structures de secteur.

RÉFÉRENCES

¹ WHO Guidance and technical packages on community mental health services, 2021.

La reconnaissance implicite de soins de troisième recours s'inscrit plus largement dans la promotion d'une psychiatrie dite « de précision », fondée sur un principe d'objectivation des troubles, de standardisation des diagnostics et d'alignement sur des modèles biomédicaux issus de la médecine somatique. Mais la psychiatrie n'est pas une spécialité de la médecine comme les autres. Elle repose sur des principes et des valeurs qui ne peuvent se fondre entièrement dans la médecine du corps. Sans nier l'intérêt de la recherche ni des avancées scientifiques, cette conception pose problème lorsqu'elle devient un principe organisateur du dispositif des soins psychiques et conduit à des effets paradoxaux délétères. À l'opposée, la mise en place du secteur, découlant du regard clinique ancré dans une pratique psychiatrique quotidienne, a su proposer un dispositif de soins novateur et inspirant pour le monde entier.

L'offre de soins de la psychiatrie privée contribue elle aussi au suivi des patients souffrant de troubles psychiatriques, elle offre un libre choix aux patients, elle propose une expertise de qualité et s'engage dans des soins dans la continuité et le long cours, en collaboration avec les secteurs si nécessaire.

LA VÉRITABLE EXPERTISE, C'EST CELLE DU SECTEUR

Cette focalisation sur l'expertise occulte une réalité centrale : l'expertise psychiatrique est déjà à l'œuvre, quotidiennement, au sein de la psychiatrie de secteur. Ce sont les équipes de secteur qui prennent en charge les patients présentant les tableaux cliniques les plus complexes, marqués par l'intrication de comorbidités psychiatriques et somatiques, de trajectoires biographiques discontinues, de précarités sociales sévères et nécessitant des soins sous contraintes. C'est dans ce contexte, et non dans des dispositifs spécialisés centrés sur le seul diagnostic, que s'élabore une expertise clinique exigeante, fondée sur la durée, la prise en compte des déterminations subjectives et sociales, le travail collectif et l'inscription territoriale.

Sans un renforcement massif et structurel du secteur psychiatrique, aucune réforme organisationnelle ne saurait répondre aux besoins réels des patients. La psychiatrie publique de proximité constitue le socle clinique, éthique et politique du service public de santé mentale. Elle seule permet l'articulation durable entre diagnostic, suivi, ajustement thérapeutique et inscription du soin dans un tissu territorial et social. C'est à ce renforcement du secteur psychiatrique — par le recrutement de professionnels, la consolidation des centres médico-psychologiques, la continuité des prises en charge et le soutien aux collectifs de travail — que devrait se consacrer prioritairement l'action publique, car c'est là que se joue, concrètement, la réponse aux besoins réels des patient(e)s.

Tous nos efforts doivent désormais se tourner vers l'assemblée nationale, où le texte sera bientôt discuté. Rassemblés, mobilisés, nous devons nous rendre capables d'opposer au risque imminent d'altération de la psychiatrie nos idées reposant sur nos pratiques, collectivement.

Le Bureau de l'Évolution psychiatrique.

JE SIGNE LA PÉTITION CONTRE LE DÉMANTÈLEMENT DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE - CONTRE LA PPL 2249

<https://www.change.org/p/contre-le-d%C3%A9mant%C3%A8lement-de-la-psychiatrie-publique-contre-la-ppl-2249>

FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE

LE CAC EST SOLLICITÉ ET INTERVIENT À LA DEMANDE DE :

- Hôpital de jour
- Foyer de Postcure
- Centre Médico-Psychologique (CMP)
- Unité de Personnes âgées
- Appartements thérapeutiques
- HAD
- Service d'accueil d'Urgences

IL PERMET DE MAINTENIR LA CONTINUITÉ DE L'OFFRE DES SOINS PROPOSÉS PAR LES ÉQUIPES DU SECTEUR.

LE CAC EST IDENTIFIÉ, CONNU DES :

- Habitants-Patients
- Médecins traitants
- Psychiatres
- Pharmaciens
- Services Sociaux
- Police-Pompiers
- Lycées-Grandes Ecoles
- Services d'Accueil et d'Urgences-CPOA
- Associations caritatives
- Réunions Prévention/Formation

QUI SONT INFORMÉS DU FONCTIONNEMENT.

PROXIMITÉ

CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE

PERMANENCE

PRÉVENTION

TRAVAIL D'ACCUEIL INFIRMIER :

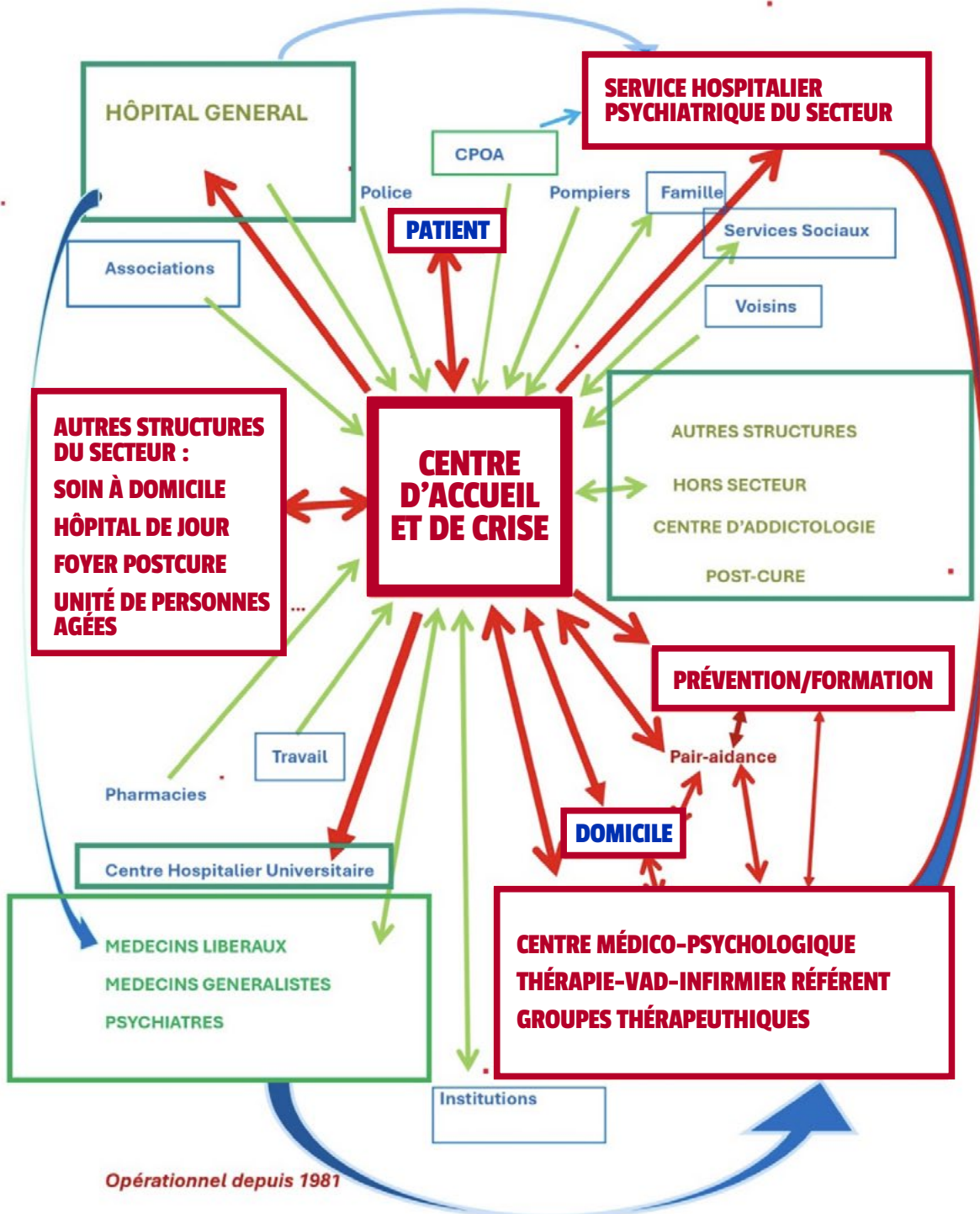
- Construction d'un espace thérapeutique, au téléphone, sur place, à domicile, en institution...
- Pour un temps d'échanges, un rendez-vous, une consultation, un repas, une demi-journée, une journée, une nuit, quelques jours.

TRAVAIL DE CRISE, D'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

- Stabilisation, évaluation, problématisation, mise en forme d'une prise en charge courte sur quelques jours, à temps partiel ou à temps plein, ponctuée de rendez-vous avec l'équipe.
- Orientation, pour une prise en charge plus longue, vers l'hôpital du secteur, l'hôpital général, le CMP.

FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE

LE RÉSEAU DU CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE



LE CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE GINETTE AMADO DOIT VIVRE À PARIS, 17 RUE GARANCIÈRE, 24H/24, 7J/7

La psychiatrie publique nous concerne toutes et tous.

Le mal-être nous touche toutes et tous.

Le Centre d'Accueil et de Crise Ginette AMADO, pivot du service de psychiatrie générale, doit demeurer dans ses locaux d'origine 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 au 17 rue Garancière dans le 6^{ème} arrondissement.

Cette structure y est installée au cœur de la ville, dans les locaux du Sénat. Colère et incompréhension face à la violence de l'annonce du démantèlement de ce centre historique ouvert depuis 1981.

Puisque les travaux sont désormais réalisés, le Centre d'Accueil et de Crise qui fonctionnait temporairement dans l'enceinte de l'hôpital Sainte Anne, doit maintenant retourner au plus près de la population avec ses 9 lits.

Ce Centre d'Accueil et de Crise a été créé il y a plus de 40 ans. Il a été inauguré par le Président du Sénat le 24 juin 2016 sous le nom de Ginette AMADO, sa fondatrice, pour accueillir le plus tôt possible et au plus près, les patients et leur entourage, du 6^{ème}, du 5^{ème} et plus récemment du 7^{ème} arrondissement.

La proximité, la coordination et la continuité des soins au plus près du domicile des patients restent la pierre angulaire de la psychiatrie de secteur.

L'accueil, l'écoute et les soins des personnes en situation de crise sont au cœur des activités de ce centre à taille humaine.

Au plus près de la population, l'engagement de l'équipe soignante contribue à la prévention de plus longues et de plus nombreuses hospitalisations avec les risques d'isolement et de contention.

La santé mentale, Grande Cause nationale ?!

Défendons la psychiatrie publique de secteur, accueillante, humaine et relationnelle qui a fait ses preuves depuis la circulaire du 15 mars 1960, la loi du 20 décembre 1985 qui garantit la continuité de la prise en charge des patients au plus près de leur domicile et la circulaire du 14 mars 1990 qui précise les articulations du système de soins avec la communauté.

A l'heure où la mise en place d'un Centre d'Accueil et de Crise fonctionnant 24 heures sur 24 dans chaque secteur est proposée comme une mesure à réaliser (Arrêté du 4 juillet 2025),

Nous, soussignés, demandons le maintien 24 heures/24, 7 jours/7 du Centre d'Accueil et de Crise Ginette AMADO 17 rue Garancière Paris 6^{ème}.

**SIGNEZ ET FAITES SIGNER LA PÉTITION SUR CHANGE.ORG
SAUVER LE CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE GINETTE AMADO**

<https://c.org/qX9w6YJtRw>



INTERVENTION PAR LES REPRÉSENTANTES ÉLUES DU PERSONNEL CGT DE LA FONDATION VALLEE

EMILIE GARCIA-BALLESTER ET ESTELLE HABIGAND

Emilie Garcia-Ballester :

Pour rappel, la Fondation Vallée était le plus grand hôpital pédopsychiatrique de France, plus de 80 lits soit environ un tiers des places d'hospitalisation à temps complet en Ile-de-France. C'était aussi le haut lieu de la psychothérapie institutionnelle pour les enfants, mise en place par Roger Misès.

La destruction de son offre de soin intervient à peu près depuis le moment de la fusion avec l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif, effective depuis janvier 2025, et préparée de longue date puisque tout le déroulé était écrit dans le rapport de la Cour Régionale des Comptes de 2021, qui en soulignait déjà le potentiel immobilier. Un projet prévoyant de vendre un tiers du terrain au privé est refusé par les instances de l'hôpital en 2023.

Mais la destruction continue : la fusion est menée en six mois à marche forcée, un tiers du personnel médical s'en va ainsi que de nombreux infirmiers, ce qui entraîne le gel de nombreux lits.

Parallèlement l'autre pôle, Urgences et Expertises, se porte très bien, avec des projets florissants dont une Plateforme de Coordination et d'Orientation qui ouvre dans les bâtiments qui se libèrent, tandis qu'une seconde est en préparation.

À partir de novembre 2025, l'hémorragie de personnel continue sous la pression de l'ARS, diligentée par Etienne Pot, qui avance main dans la main avec une direction autoritariste fonctionnant par décisions prises verticalement, éviction du tiers, prise de pouvoir de l'administration sur les médecins, disqualification des soins mis en place, disqualification du personnel, maltraitance managériale répétée et systémique sur le personnel. A ces pressions internes s'ajoute le harcèlement médiatique initié par l'article du 25 janvier de l'Express, aussitôt repris par Etienne Pot et juste avant la sortie des nouvelles recommandations de la HAS en matière de TND.

Estelle Habigand :

Contrairement à Millau, nous avons encore des médecins et des équipes, qui avaient pris un petit coup dans l'aile quand même avec la fusion et l'inspection, mais il y avait encore du monde dans notre institution.

Et la recette, quand on n'arrive pas à transformer comme on le souhaite une institution publique, c'est de faire une campagne médiatique en attaquant.

Nous étions le plus grand hôpital pédopsychiatrique mais nous étions aussi le plus petit établissement public de France, 350 salariés à peine, entièrement dédié aux enfants de 0 à 18 ans.

Donc là on est beaucoup moins déjà puisque 75 personnes ont été déplacées, et parmi les autres, combien sont ceux qui vont rester ?

Le harcèlement médiatique a des incidences sur les soignants, nous avons demandé une cellule de crise, nous l'attendons toujours ce samedi 28 mars. Donc les agents se retournent vers les syndicats, qui se retrouvent submergés par les signalements à la cellule des risques psycho-sociaux (0,8 saisine par an en moyenne entre 2018 et 2024 ; 12 saisines pour l'année 2025 ; 15 saisines pour les deux premières semaines de février 2026 !)

Quand une attaque médiatique survient dans le paysage, interrogeons-nous, qui fait ça et pourquoi ?

Nous avons depuis peu, à la Fondation Vallée, une plateforme de coordination et d'orientation, qui donne des diagnostics très rapidement. Au CMP aussi, on peut diagnostiquer rapidement, quand il s'agit d'autisme, mais lorsqu'il s'agit de difficultés attentionnelles, on est plus prudents, on accueille les enfants en tenant compte du fait qu'ils sont par essence des êtres en devenir. Donc au moment où l'affaire survient, on a des pressions très importantes pour diagnostiquer, toujours plus précocement, et pour donner des traitements.

La vie continue, je ne sais pas comment on va finir, parce qu'on a beaucoup de monde qui s'en va encore, mais on est encore là et on espère avoir du soutien. On va organiser une soirée publique sur l'avenir de la pédopsychiatrie, on vous tient informés !

ÉQUIPE DE MILLAU

Porter notre parole au « Printemps de la psychiatrie »... Le 28 mars à 9 h à la Bourse du travail...

Proposition un peu folle. Dans l'empressement, pas trop de temps pour réfléchir... Mais il faut se décider, se positionner, prendre ses responsabilités de collectif soignant...

De toute façon du temps on en a plus... le Chef de service, seul psychiatre PH permettant de faire fonctionner le service, va partir dans un mois. Alors va falloir affirmer notre désir pour que la psychiatrie rurale de secteur et de proximité puisse continuer à vivre...

Mais comment faire... ?

Bricolage, négociation, mobilisation, comment ne pas s'épuiser, se décourager... ?

Sans pilote dans l'avion ? On est tous un peu déboussolés...

Ça fait bientôt 20 ans qu'on entend dire que des psychiatres impliqués institutionnellement # « service public » il n'y en aura plus dans 20 ans... Les 20 ans ont passés et ça y est on y est !... Alors maintenant ? On fait quoi ?...

« Bon alors faut se décider ! On n'y va où pas au Printemps de la psychiatrie ??? »

-Une collègue nous souffle : « On prend le train de nuit et hop ! on arrive à la bourse du travail, frais comme des gardons ! » Pas sûre d'être aussi frais que des gardons... en plus il paraît qu'il n'y en a plus des gardons dans nos rivières... C'est un peu comme les psychiatres ?... Bref on s'égare...

En même temps on va leur raconter quoi nous les Aveyronnais, aux Parisiens...?

On a fait un Clip, des chansons, des flyers pour recruter des psychiatres, des manifestations, des pétitions, tracté sur les marchés, planté des banderoles sur les ronds-points, on a même envahi le conseil municipal, fait des sondages WhatsApp.

« Groupe pour travailler en interne sur l'orga des soins, être force de proposition... » Vaste chantier...

On a même pensé à aller au Printemps de psychiatrie... Au fait c'est quoi le thème ?

« Expertiser n'est pas soigner. Quelle (s) psychiatrie(s) pour demain? »

4 tables rondes. 4 thématiques : Scientificté, soins, financement, démocratie...

35 Interventions... Ça fait déjà beaucoup tout ça ?

Financement : On aurait bien des questions sur : comment obtenir des dérogations pour faire travailler des psychiatres de plus de 75 ans afin de senioriser le Dr PADHUE qui travaille, « vraiment beaucoup » avec nous...Est-ce que certains ont trouvé des « astuces » pour déplaçonner les rémunérations limitées par la loi RIST?

Il nous semble indispensable de fédérer nos luttes pour alerter nos députés, nous souhaitons aujourd'hui rejoindre un collectif pour aller pousser les portes du ministère.

Soins : On est toujours aussi convaincu de la nécessité de soigner au plus proche de nos patients, parce qu'on y croit nous, à la pratique à plusieurs, faire du lien autour de ceux qui n'y parviennent plus...

En bas de l'affiche on peut lire : **Psychiatrie en danger: Pourquoi, Pour qui, comment ?**

En fait je crois qu'on est complètement dans le thème...

Alors on y va ou pas au Printemps de la Psychiatrie à Paris???

Ben oui bien-sûr, on y va à Paris !

On va leur dire qu'on a besoin de moyens, que notre service est menacé de fermeture.

« Moi quand j'étais jeune je montais à Paris pour chercher l'amour et la fortune !

Aujourd'hui je suis devant vous pour trouver...des psychiatres ! » Bref....

Donc on est là pour vous demander : **Comment faire pour recruter des Psychiatres ?**

Comment être attractif, alors que les financements sont priorisés sur les grands centres de psychiatrie Urbains.... Il faut répondre à des appels à projets : FIOF, MNPEA, mais nous ne sommes jamais prioritaires, et quand on en obtient un, on a pas de psychiatre pour le porter.

Il faut construire des parcours de soins spécialisé tout en déstigmatisant la maladie.

Introduire des nouveaux paradigmes de soins...

Les collègues !! Depuis combien d'années, notre secteur est implanté dans la ville.

Depuis combien d'années nous travaillons à permettre à chacun de nos usagers de vivre la meilleure vie possible, malgré les symptômes et les traitements...

Mais il paraît que les vrais experts sont dans les grandes villes... Experts de maladie, pas de malades...

Nos patients sont expertisés à Montpellier, super ils ont un diagnostic ! Et après ???

C'est à nous d'assurer la continuité des soins sans moyen et avec ce poids, ce risque de fermeture, de rupture de soin...

On avait RDV le 03 Mars dernier avec l'ARS à Montpellier, mais ce RDV a été annulé au dernier moment, parce que son directeur vient d'être nommé au ministère...**Nous restons mobilisés, on lâche rien...!**

Mais nous avons besoin de tout urgence de temps médical pour un Weekend, une semaine afin de sénioriser notre psychiatre PADHUE qui devrait obtenir son numéro RPPS dans quatre mois.

Notre service est malgré tout extrêmement attractif :

- Le service d'hospitalisation accueille uniquement des hospit. Libres.
- Vous aurez le privilège de collaborer avec deux infirmières en pratique avancée, et bientôt un 3^{ème} : point d'appui pour la prise en charge des jeunes et des moins jeunes...
- Vous pourrez compter sur un maillage institutionnel solide constitué de structures de jours, réhabilitation psychosociale et d'autres unités, portées par des équipes de terrain pluridisciplinaires, investies et stables ! Vous trouverez cette fameuse expertise d'un accompagnement humain de proximité. Un collectif soignant responsable, dynamique, force de proposition, plein d'initiatives... Qui sait se réinventer chaque jour.

Des infirmiers de CMP qui connaissent leur secteur, leur patient, des soutiens clefs pour chaque médecin de passage.

Nos psychologues, impliqués institutionnellement, qui nous portent chaque jour, nous mettent au travail... N'abandonnent jamais.

Enfin j'aimerais vous dire à quel point je suis fan de nos ergothérapeutes, qui ont amené un dynamisme nouveau, une aide précieuse et incontournable.

Je vous assure que : « Quand on a rien, on est bien plus innovant et performant ».

Et oui on s'y connaît, nous en « Novlangue » dans le Sud-Aveyron !

Bref... Venez soutenir le 5^{ème} secteur du Sud Aveyron, cette philosophie, ce collectif institutionnel.

Pour faire vivre la psychiatrie rurale, une vraie psychiatrie de proximité !

Et profiter du cadre de vie exceptionnel d'une saison estivale entre Gorges du Tarn et Millau en Jazz, à une heure de route de Montpellier !!!

Et comme nous essayer, c'est nous adopter....

Si vous le souhaitez, vous aurez la possibilité de vous installer et vous investir sur du plus long terme.

MILLAU FLYER OFFRE SPÉCIALE

OFFRE SPÉCIALE
TOURISME HUMANITAIRE
EN SUD-AVEYRON
CH de Millau - Recherche psychiatre

 Pour service à taille humaine (22 lits)

 **PAS d'HOSPITALISATION**
SOUS CONTRAINTE

  Locaux récents, équipe au complet et investie, environnement nature, gastronomie et sport (canoë, escalade, parapente...)



→ Pour un Week-end
→ Une semaine
→ ou plus si affinité







Contact: 06.75.67.10.44
ou psy.millau@ch-millau.fr

Pour voir la vidéo scanne le QR code

ET ENSUITE ? POURSUIVONS ENSEMBLE LA MOBILISATION POUR UN RENOUVEAU DES SOINS PSYCHIQUES

« Au-delà du soin, nous voulons travailler à des accompagnements alternatifs, nouer des liens équilibrés avec les différentes associations qui œuvrent dans la cité. Nous voulons multiplier les lieux qui cultivent le sens de l'hospitalité avec un accueil digne et attentif aux singularités de chacun.

Nous nous engageons à participer, organiser, soutenir tout débat, toute action ou mouvement cohérent avec ce manifeste, avec tous les professionnels, leurs syndicats, les collectifs, les associations de familles et d'usagers, et l'ensemble des citoyens qui souhaiteraient soutenir et développer une psychiatrie émancipatrice du sujet. Debout pour le Printemps de la psychiatrie ! »*

*Extrait du manifeste du Printemps de la Psychiatrie

« **PRINTEMPSDELAPSYCHIATRIE@GMAIL.COM** »
UNE UNIQUE ADRESSE MAIL POUR



**NOUS PARTAGER VOS VŒUX
POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN**



**DES RÉUNIONS, DES GROUPES DE TRAVAIL...
REJOINDRE LA MAILING-LIST
DU PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE**

*Pierre Gouffé**

**SIGNER LE MANIFESTE
DU PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE**

*Signature imaginaire



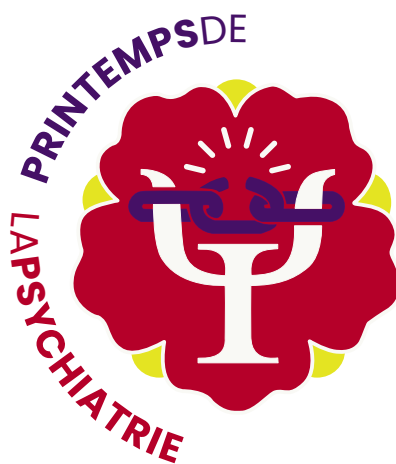
**VOUS POUVEZ AUSSI NOUS
RETROUVER SUR LES RÉSEAUX
SOCIAUX**

»» **POUR LUTTER ENSEMBLE, REJOIGNEZ LA CARTE DES LIEUX DE RÉSISTANCE
À LA DÉHUMANISATION DES SOINS PSYCHIQUES : RESISTANCEPSY.GOGOCARTO.FR**

SIGNATAIRES DU MANIFESTE DU PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE

Appel des appels (ADA) • Association méditerranéenne de psychothérapie institutionnelle (AMPI) • Association professionnelle des médecins d'orientation psychodynamique (AMoPSY) • Association des psychiatres infanto-juvéniles de secteur sanitaire et médico-social (API) • Actualité de la psychanalyse à Troyes • Blouses Noires du Rouvray • CEMEA • CGT du Césame, Angers (49) ; du CH de Lavaur (81) ; du CHS de Sevrey (71) ; de Vinatier (69) ; du CHU de Nantes • CIPPA • Collectif des 39 • Collectif pédopsychiatrie du 19^{ème} en lutte • Collectif national des psychologues hospitaliers • Collectif Psy de St Jacques (Nantes) • Collectif « Sans fermer » • Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de proximité • Convergence des Psychologues en Lutte (CPL) • La Criée • Association Empreintes et Arts • Ensemble ! • Fédération Des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (FDCMPP) • Fédération des orthophonistes de France (FOF) • La FEDEXC • La FIAC • Le Fil conducteur Psy • France Insoumise • GECA • GEM Passe muraille de Gap • Génération.s • Humapsy • Inter-collèges des psychologues hospitaliers • Mouvement des Psychologues cliniciens et Psychologues Psychothérapeutes (Association M3P) • NPA • PCF • Pinel en lutte • Le Point de Capiton • Pratiques, les cahiers de la médecine utopique • Les Psy causent • La Psy Cause (collectif soignant psy de St Étienne /42) • Psychiatrie Parisienne Unifiée • Psy soins Accueil • La Rattroupe, collectif soignant • Réseau Européen des Santé Mentale Démocratique • SERPSY • Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) • Fédération Sud Santé Sociaux • Union Syndicale de la Psychiatrie (USP) ...

... **ET PLUS DE 500 SIGNATURES INDIVIDUELLES ! PRINTEMPSDELAPSYCHIATRIE.ORG**



**RETROUVEZ ET SOUTENEZ LE MOUVEMENT DU PRINTEMPS
DE LA PSYCHIATRIE SUR HELLO ASSO
CLIQUEZ ICI**



PRINTEMPSDELAPSYCHIATRIE.ORG