

Y a-t-il encore un **avenir** pour une **psychiatrie humaine** ?

La psychiatrie est la discipline médicale la plus méconnue, alors qu'un quart de la population y aura recours au moins une fois au cours de sa vie.

Le secteur n'a jamais eu les moyens de ses ambitions. On peut même constater en son sein, aujourd'hui, de graves régressions*.

Serge KLOPP, cadre de santé, mouvement pour un Printemps de la psychiatrie

Le fonctionnement en secteurs, né du mouvement désaliéniste après la Libération, a été considéré durant des décennies comme un modèle mondial de lutte contre les maladies mentales. Il s'agissait de passer des asiles relégués en dehors de la société à des lieux de soins dans la cité, de rendre au « fou » sa citoyenneté et sa valeur inaliénable d'être humain, en prenant en compte la triple dimension – biologique, psychique et sociale – qui fonde la singularité de chacun d'entre nous. Il était alors évident qu'on ne

pouvait bien soigner si on ne prenait pas en compte ces dimensions.

Si la contrainte et l'internement ne sont plus la règle, il faut créer une relation de confiance entre le patient et les soignants pour permettre la continuité des soins qui nécessite, aussi, la proximité. Pour cela on a découpé le territoire en secteurs géodémographiques de soixante-quinze mille habitants chacun. Le secteur a des fondements philosophiques et politiques forts : un soin essentiellement relationnel, impliquant le patient et les soignants, dans la continuité et la proximité. Il garantit à chaque citoyen en souffrance, où qu'il habite, une équipe qui a obligation de lui assurer les soins nécessaires à son état. C'est la même équipe qui est chargée des soins de prévention, de cure et de postcure. Chaque secteur dispose de structures ambulatoires : centre médico-psychologique (CMP)⁽¹⁾, hôpital de jour (HDJ) et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)⁽²⁾... et d'hospitalisation (90 % des patients ne seront jamais hospitalisés).

Mais ces principes ont été progressivement mis à mal. En 1967, Tony Lainé⁽³⁾ constatait « une augmentation considérable de la demande de soins, faisant apparaître la nécessité et la possibilité de se soigner, une diminution des ré-hospitalisations et de la durée d'hospitalisation. L'hospitalisation reste utile pour certains patients, mais n'est qu'un temps de la prise en soins. Mais, il arrive un moment où on n'a plus les moyens de répondre à toutes les demandes. Les hos-

pitalisations remontent. Cela doit entraîner un réajustement des effectifs ». Or, il n'y a pas eu d'augmentation des effectifs depuis les années 1960, alors que nous sommes passés de quarante à soixante-cinq millions d'habitants, que les patients ne bénéficient plus du même étayage familial, que chômage et précarité se sont massifiés. Malgré le renoncement aux soins de prévention et aux soins curatifs pour les situations jugées légères, la pénurie a entraîné des délais d'attente pour un premier rendez-vous de plusieurs semaines en CMP adulte, et de plusieurs mois en pédopsychiatrie. Une demande psychothérapique, ne présentant pas un tableau de psychose grave, ou de dépression sévère, est orientée vers un psychologue libéral (hors Sécurité sociale), ou vers le généraliste qui prescrira généralement un traitement antidépresseur ou antipsychotique – nécessaire en réalité que pour quelques personnes –, en complément d'une psychothérapie. C'est une des raisons qui fait que la France est au premier rang des prescriptions de psychotropes !

Une psychiatrie désormais déshumanisée

L'embauche de milliers de psychologues cliniciens au chômage, en attendant de former les infirmiers et psychiatres nécessaires, pourrait à la fois réduire le délai d'attente, prendre en charge toutes les demandes et refaire de la prévention, tout en dé-stigmatisant le recours à la psychiatrie, laquelle ne serait plus réservée aux cas lourds.

* Cet article reprend pour l'essentiel ce que l'auteur a présenté au titre du Printemps de la psychiatrie, lors de la journée d'études du 2 juillet 2020 au Conseil économique, social et environnemental (Cese) (www.lecese.fr/content/notre-hopital-demain-la-journee-des-soignants-et-des-patients). S. Klopp est aussi animateur de la réflexion sur la psychiatrie au sein du Parti communiste français (PCF).

(1) Dans la cité, lieu de consultations et de psychothérapies animées par des psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux...

(2) Lieux de cure ou de postcure dans la cité où les patients viennent pour une ou plusieurs demi-journée(s) par semaine pour y mener des activités à médiation, permettant l'instauration d'une relation psychothérapeutique entre eux et les soignants.

(3) *Le Défi de la folie*, Edition Lignes IMEC, octobre 2018.

(4) Conçu par l'Association américaine de psychiatrie.

(5) Syndicat des psychiatres des hôpitaux.

(6) Dans celui publié en juin 2020, Adeline Hazan constate que « si les regards des équipes sur l'isolement et la contention ont évolué, l'application de certaines mesures d'isolement reste indigne ». Elle dénonce le développement d'une tendance sécuritaire qui a pour effet de « faire disparaître le soin derrière la sécurité ».

(7) Décision n° 2020-844, question prioritaire de constitutionnalité (QPC) du 19 juin 2020.



Aujourd'hui on veut réduire la personne à sa seule dimension biologique. Il suffirait de réparer des dysfonctionnements neuronaux à l'aide de molécules associées à une caricature de techniques comportementales plus proches du dressage vétérinaire que du soin...

L'introduction du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)⁽⁴⁾, outil venu des Etats-Unis et qui remplace la classification entre psychoses et névroses, définit des troubles par des écarts à la norme et l'existence d'un traitement symptomatique. Il ne s'agit plus de soigner des personnes en souffrance mais de normaliser des populations et des comportements, en traitant des symptômes. On renseigne un référentiel évoluant avec les versions de DSM, qui donne le diagnostic et le traitement, les protocoles remplaçant la clinique du soin relationnel individualisé. Par exemple le DSM3 des années 1970, 1980, considérait comme « deuil pathologique », nécessitant un traitement antidépresseur, la persistance au-delà d'une année d'une profonde tristesse après décès d'un proche. Le DSM4 a ramené cette persistance à trois mois, puis à seulement un aujourd'hui, avec le DSM5. Cela génère une standardisation des traitements et une surmédication contraire à des soins de qualité personnalisés. Alors que le secteur était éminemment humaniste, cette psychiatrie moderne est déshumanisée, déshumanisante!

Aujourd'hui on veut réduire la personne à sa seule dimension biologique. L'enseignement de la théorie de l'inconscient a quasiment disparu de la formation des psychiatres, des infirmiers et même des

« Il n'y a pas eu d'augmentation des effectifs affectés à la psychiatrie hospitalière depuis les années 1960, alors que nous sommes passés de quarante à soixante-cinq-millions d'habitants, que les patients ne bénéficient plus du même étayage familial, que chômage et précarité se sont massifiés. »

psychologues. Inutile de chercher à comprendre le sens du symptôme. Il suffirait de réparer des dysfonctionnements neuronaux à l'aide de molécules associées à une caricature de techniques comportementales plus proches du dressage vétérinaire que du soin, comme si ces dysfonctionnements étaient la cause de la souffrance psychique, et non une conséquence. L'imagerie médicale permet d'observer

les mécanismes du fonctionnement du cerveau, non de comprendre pourquoi. Le patient redevient un « insensé », dont le comportement n'aurait pas de sens.

Jean-Claude Pénocet, président du SPH⁽⁵⁾, déclarait, au début des années 2000 : « Quand une équipe a peur, il est certain que le médecin va prescrire des contentions. La contention est un indicateur de la santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée. » Aujourd'hui, la psychiatrie va très mal, comme le montrent les rapports⁽⁶⁾ du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, et le Conseil constitutionnel a affirmé la non-constitutionnalité des contentions⁽⁷⁾.

Mais pourquoi les soignants ont-ils peur ?

Elève infirmier en 1978, on m'avait appris à repérer les premiers signes de l'angoisse d'un patient psychotique qui va s'agiter, ce qu'il fallait faire pour l'apaiser, au risque sinon de prendre un coup en faisant mal le travail. Dans mon hôpital, il n'y avait à l'époque ni chambre d'isolement, ni contentions. Aujourd'hui cette agitation va d'emblée être qualifiée de violence. Tous les infirmiers sont formés à la « gestion de la violence ». S'il y a violence, c'est qu'il y a danger ! Au lieu de rassurer les soignants, cela va renforcer leur insécurité. On passe

d'une position de soignant centré sur l'anxiété et la souffrance à une position de gardien centré sur la violence et le rapport de forces. La peur des soignants potentialise l'anxiété du patient, et cela se solde par une chambre d'isolement, avec des contentions. Les soignants (comme les patients !) ne cessant de se prendre des coups, cela prouve qu'il y a de la violence et du danger.

Pour sortir de cette folie, il faut combattre la peur des soignants en les rassurant, soit l'inverse de la logique sécuritaire qui entretient et potentialise la peur. Cela passe par des formations où l'on réapprend à différencier l'agitation de la violence, à donner du sens à cette agitation, à apaiser l'anxiété en étant

« Tous les infirmiers sont formés à la "gestion de la violence" ».

Au lieu de rassurer les soignants, cela va renforcer leur insécurité. On passe d'une position de soignant, centré sur l'anxiété et la souffrance, à une position de gardien, centré sur la violence et le rapport de forces. »

dans l'empathie, bref, à être soignant⁽⁸⁾. Cette question concerne aussi les services d'urgence. Des témoignages montrent qu'une personne souhaitant se faire soigner en psychiatrie peut passer d'abord aux urgences, pour un bilan somatique. Là, souvent, elle attend des heures. L'anxiété

monte, puis l'agitation. Les autres patients et les soignants s'inquiètent, désorganisant tout le travail de ces services. Elle peut alors être contentionnée sur un brancard. La loi interdisant d'attacher un citoyen, on va recourir au « *péril imminent* »⁽⁹⁾, et ce patient qui était demandeur de soins se retrouve interné contre sa volonté. Et quand les urgences vont le transférer, elles vont spécifier qu'il s'agit d'un patient contentionné, nécessitant une chambre d'isolement... En attendant que ce même patient arrive, la tension et la peur vont s'installer chez les soignants. Au lieu de l'accueillir en le rassurant, ils vont le faire passer du brancard à la chambre d'isolement, en le rattachant immédiatement. Comment établir une relation de confiance, après cela... Et ce, uniquement par manque de moyens adéquats : si le secteur accompagnait ces patients, qu'il connaît, tout se passerait autrement, dans tous les cas beaucoup plus sereinement et pour toutes les personnes impliquées. ●

(8) Perspective ayant fait l'objet d'une proposition de loi des parlementaires communistes déposée au Sénat le 7 octobre 2019 (www.publicsenat.fr/article/parlementaire/hopital-les-parlementaires-communistes-remettent-leur-proposition-de-loi-a).

(9) Une des modalités du droit d'exception, permettant l'internement d'une personne contre sa volonté.

La Forêt de mon père, pour un regard résolument humain sur la « folie »



Avec cette fiction librement inspirée du réel, et de sa propre jeunesse, Véro Cratzborn a réalisé un très beau film pour tout public, une approche sensible et émouvante de la perception par une adolescente de 15 ans de l'accroissement des troubles psychiques de son père. Écarté de son travail, il sera interné d'office et placé sous camisole

chimique... L'équilibre de la famille vacille et cherche courageusement son chemin malgré les difficultés d'en parler, y compris avec l'institution. L'ensemble des interactions positives entre les trois enfants et ce père attentionné, porteur de valeurs de liberté, de respect de l'environnement et des biens communs, comme les moments inquiétants, sont remarquablement interprétés, qu'il s'agisse du ressenti de chaque enfant, exprimé avec une grande justesse de ton (par Léonie Souchaud, particulièrement), que de celui des adultes (Ludivine Sagnier, Alban Lenoir). C'est aussi par petites touches, avec une grande délicatesse, qu'on percevra la violence d'un environnement social laissant peu de place à la différence, où la stigmatisation ne peut qu'aggraver ce type de troubles qui « *interrogent notre monde si enclin à tout normaliser et à gommer l'individu* »⁽¹⁾.

Ce film permet de nombreux débats : « invisibilité » des enfants ayant un proche souffrant de troubles psychiques⁽²⁾, hospitalisation à la demande d'un tiers, relation normal/pathologique, situation dégradée de la

psychiatrie mais aussi de l'ensemble du système de santé. Car la santé mentale se joue et doit être pensée très au-delà de la psychiatrie et en incluant tous les déterminants, en particulier sociaux et environnementaux. L'expérience de la Covid-19 nous en donne un exemple, notamment avec les conséquences des isolements dans les établissements. A-t-on reconnu les dimensions mentales à leur juste importance, dans les décisions politiques de cet épisode ? Et chacun à notre niveau, n'oublions pas que l'écoute, c'est déjà du soin...

(1) Citation de la réalisatrice dans notre article plus complet soutenant le film avant sa sortie (www.ldh-france.org/la-ldh-soutient-le-film-la-foret-de-mon-pere-de-vero-cratzborn).

(2) Le dossier pédagogique du film a été conçu avec Hélène Davtian, docteure en psychologie, psychologue clinicienne et fondatrice du service dédié aux enfants et jeunes côtoyant une personne souffrant d'une pathologie psychiatrique (www.delasuitesdanslesimages.org/art-et-politique).

**Philippe Laville, Julie Satet,
groupe de travail LDH
« Santé, bioéthique »**