

*Pour une action coordonnée en faveur des
personnes présentant une souffrance ou un
handicap psychique dans les champs sanitaire,
social et médico-social*

HUIT PROPOSITIONS

POUR REFONDER UNE NOUVELLE POLITIQUE POUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTÉ MENTALE

*“ Une société n’offrant comme perspective qu’une compétition sans merci
où les soi-disant meilleurs gagnent en écrasant les plus faibles et les moins combattifs
ne me semblent pas porter l’espoir d’un avenir particulièrement radieux ”*

Pierre Joliot

*“ La vie de l’homme est sujette à tant de sortes de maux, d’infortunes et de travers qu’il serait presque toujours consumé d’ennuis et de
déplaisirs si personne n’était sensible à ses peines et ne prenait soin de les adoucir : mais la providence a pourvu à son soulagement
d’une manière admirable par les différentes liaisons qu’elle a établies entre les hommes... ”*

Jacques Esprit

I
Organiser une grande concertation nationale et aboutir à une Loi de santé mentale dans laquelle seront redéfinis les soins psychiatriques sous contrainte (revenir sur la loi du 5 juillet 2011).

II
Réactualiser la politique de secteur dans le cadre de la loi H.P.S.T.

III
Promouvoir une psychiatrie de qualité qui soit réellement une spécialité médicale en charge du diagnostic, du traitement et de la prévention des maladies mentales en s'appuyant sur des savoirs multiples

Prendre en compte les besoins et la citoyenneté des personnes souffrant de maladie mentale.

Propositions de la FASM Croix-Marine pour refonder une nouvelle politique pour la psychiatrie et la santé mentale

Développer la qualité des réponses, décloisonner et optimiser les moyens mobilisés.

VII
Informer, communiquer en impulsant une politique de déstigmatisation et promouvoir l'acceptation des différences

VI-3
Développer les dispositifs d'accompagnement, d'hébergement et de soutien existant

VI-2
Mettre en cohérence, articuler, définir la place de chacun et de chaque structure et de chaque service dans le sanitaire, le social, le médico-social, les parcours d'insertion professionnelle

VI -1
Loger
Systématiser l'accessibilité au logement social des personnes en situation de handicap psychique

IV
Garantir l'équité de tous les citoyens devant la maladie et les risques sociaux

V
Organiser une plus grande qualité de soin au service du patient et dans un esprit de coopération et de co-responsabilité

VIII-2
Former
Les personnels des IFSI, des métiers du médico-social, des MDPH et les médecins généralistes à la prise en charge du handicap psychique

VIII-1
Développer une recherche fondée sur une pluralité doctrinale et en lien constant avec les pratiques existantes

Notre société est prise dans le paradoxe d'une extension toujours plus grande du domaine de la psychopathologie (médias, relations de travail, culture "psy", faits divers) concomitante d'un abandon progressif et dramatique du champ spécifique de la maladie mentale, des personnes qui en souffrent et des professionnels qui y œuvrent. Ces dernières années ont vu le soin psychiatrique disparaître progressivement dans la réglementation par sa réduction à la pathologie organique (accréditation et loi H.P.S.T.), l'urgence de la "crise" (et la crise de l'urgence...) se transformer en procédure sécuritaire (loi du 5 juillet 2011) et l'accompagnement de la personne en difficulté psychique ou mentale dériver vers l'aide à la marginalité sociale.

Dans le même temps, les moyens alloués aussi bien aux équipes sanitaires, sociales que médico-sociales se réduisent d'année en année, leurs conditions d'exercice se structurant de plus en plus dans des clivages organisationnels onéreux et inefficaces. Dans le milieu sanitaire, de plus en plus de professionnels s'inquiètent de l'avenir de l'hôpital public, d'autant que le terme a disparu de la Loi H.P.S.T., et de ce qui devrait constituer son socle, « *le serment d'Hippocrate et les valeurs de la République* ». Un avenir où le rentable dévolu au privé à but lucratif et le non-rentable au public n'est plus, aujourd'hui, une crainte mais une réalité qui se concrétise. « *Le mouvement de privatisation de l'hôpital et la bureaucratisation croissante nous inquiètent car ils menacent l'équilibre de notre contrat social*¹. »

Le secteur médico-social, quant à lui, accueille de plus en plus de personnes en situation de handicap psychique, situation qui demande à la fois adaptation des projets d'accompagnement, articulation forte avec le secteur sanitaire et formation des personnels en charge des soins et de l'accompagnement. Cette bascule culturelle n'est pas encore aboutie. Sa consolidation demande à ce que tous les acteurs (les associations gestionnaires et leurs salariés mais aussi les responsables des autorités administratives que sont les ARS et les Départements) identifient les spécificités des besoins et autorisent des modalités des modalités d'accompagnement et de soin adaptés aux personnes en situation de handicap psychique.

La Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine œuvre depuis près de 60 ans pour rappeler à la société son devoir premier d'attention aux siens qui se trouvent, à un moment donné ou tout au long de leur vie, dans des difficultés psychiques telles que leur vie au quotidien dans le monde habituel n'est plus possible. Ils demandent alors une prise en charge qui prenne en compte à la fois les dimensions individuelles et collectives de leur souffrance, la décompensation mentale se situant toujours au carrefour de ces deux dimensions.

Initiée depuis les années 60, la politique de sectorisation a permis de rapprocher le soin des personnes en souffrance et de leur environnement. Les expériences conduites dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle ont également participées au rayonnement de la psychiatrie française. Ce sont ces dispositifs, que nous envient encore nos voisins, qui sont aujourd'hui menacés de démantèlement. Cet abandon progressif des personnes à leur souffrance participe à la stigmatisation des différences, sous autant d'enfermements plus discrets que l'enfermement asilaire mais tout aussi inhumains, se développant dans une aire sociale plus large mais tout aussi impitoyablement stigmatisante et désespérée.

Face à un tel contexte, il nous a semblé de notre devoir de faire parvenir aux candidats à la fonction de responsabilité suprême de la politique de la nation quelques rappels **de principes simples et des propositions concrètes pour une politique de santé mentale rénovée**.

¹ <http://www.politis.fr/Sauver-l-hopital-public,17253.html>

I. Revoir la loi du 5 juillet 2011



Il est impératif de revoir totalement la loi récente du 5 juillet 2011, construite sur une logique sécuritaire qui presuppose que tout patient est susceptible de troubler l'ordre public et est traité comme tel. Ainsi, la comparution devant le juge, qui doit être le garant des libertés individuelles, donne trop souvent au patient un statut de délinquant. Cette loi, compromis bureaucratique mal bâti entre des injonctions contradictoires, n'atteint aucun des objectifs qu'elle s'était assignée en matière de soins en situation aiguë et entraîne une application tatillonne qui constitue une régression en matière de liberté publique pour les patients concernés sans répondre à l'angoisse de leur environnement, familial notamment, en créant une dangereuse collusion entre le soignant et l'agent de maintien de l'ordre.

Comment l'application de cette loi, avec le recours de plus en plus fréquent à la force publique, à l'isolement, à la contention physique et chimique, à la restriction de la libre circulation, pourrait-elle aboutir à une amélioration des représentations sociales et à une déstigmatisation de la folie comme le proclame le plan ?

« *Il est nécessaire de revenir rapidement sur un texte voté dans la précipitation et de construire, après une vaste consultation des professionnels de santé, des associations d'usagers et du monde judiciaire, une réforme ambitieuse de la santé mentale, respectueuse des droits des malades et soucieuse de la qualité des soins et de la réadaptation sociale des patients*² ».

Pour agir...

- Organiser une grande concertation nationale avec l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale pour aboutir à une Loi de santé mentale, un plan ne suffit plus face à l'ampleur de la crise, loi digne des attentes des usagers, des familles et des exigences des pratiques des professionnels

² Observations du Syndicat de la magistrature sur l'application de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

II. Redéfinir le concept de secteur psychiatrique



L'existence du « secteur » a longtemps servi de maillage de base au soin psychiatrique.

Le secteur est constitué avant tout à une équipe de proximité permettant de garantir la continuité des soins, face à la discontinuité induite par la maladie mentale, mais aussi d'assurer l'accompagnement au long cours, en cohérence et en complémentarité avec les dispositifs médico-sociaux et sociaux, au sein d'un territoire donné. Le secteur met le patient au cœur du dispositif dans un véritable partenariat avec tous les acteurs politiques et sociaux.

La Cour des Comptes est sévère en faisant le constat que « *la sectorisation psychiatrique fait l'objet d'une discrète et progressive mise en déshérence* ». L'existence même du secteur est actuellement gravement menacée par la loi H.P.S.T. et le nouveau Plan Psychiatrie et Santé Mentale qui le dilue totalement dans la mise en exergue de l'*« importance du territoire en psychiatrie et en santé mentale »*. Cette menace pèse également sur les associations dont l'existence est de plus en plus précaire sous prétexte de politique d'attribution et de restriction budgétaires. Elles constituent pourtant un outil sectoriel fondamental du soin au service de la transversalité intra et extrahospitalier et du lien entre le sanitaire et le (médico)social.

Rappelons que si le secteur concerne le soin, il n'est pas qu'une simple organisation administrative. La responsabilité de ses différents niveaux d'intervention relève d'abord du médical. Il est donc urgent de redéfinir aujourd'hui le secteur psychiatrique, aussi bien dans ses découpages qu'il convient d'articuler avec les « *territoires* », que dans ses missions.

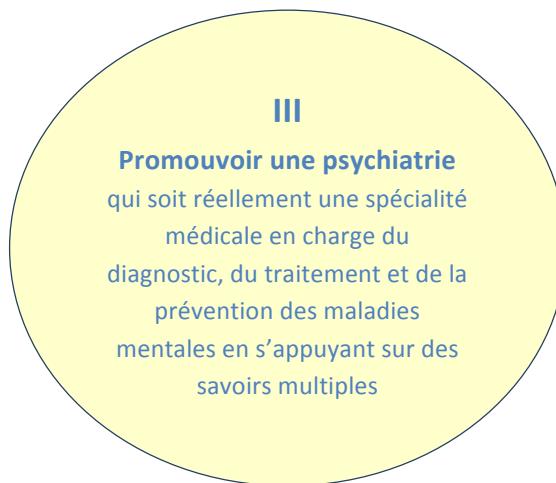
Il appartient aux A.R.S. de garantir la continuité nécessaire entre le temps hospitalier et le temps ambulatoire et de prévoir un cadre permettant d'inscrire les coopérations entre les soins proprement dits et les dispositifs médico-sociaux.

Il faut également insister sur la situation de la psychiatrie infanto-juvénile qui a su développer une réelle pratique de partenariat avec tous les acteurs du monde de l'enfance et dont la qualité de capacité d'accueil est aujourd'hui en grande difficulté du fait de son engorgement.

Pour agir...

- Réaffirmer l'ancrage territorial de la santé mentale en réactualisant la politique de secteur fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité de soins dans le cadre de la loi H.P.S.T. avec une prise en compte spécifique de la psychiatrie et demander aux A.R.S. d'impulser les concertations entre tous les acteurs œuvrant dans le champ des soins et de l'accompagnement social en santé mentale.
- Redonner sa place et sa fonction de l'hôpital public tout en limitant l'hospitalo-centrisme, coordonner les soins hospitaliers avec l'ensemble du dispositif sanitaire social et médico-social dans le cadre d'un secteur redéfini et redonner leur place aux associations dans le cadre de l'Article L3221-2 du Code de la Santé Publique.
- Décloisonner, grâce à un contrat unique pour la politique sanitaire et sociale et des contrats locaux de santé, d'autonomie et de cohésion sociale s'appuyant sur une vraie dynamique inter-associative.

III. Favoriser la nécessaire diversité des savoirs et la prise en compte globale de la personne



En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé rappelait que l'homme est un être bio-psycho-social.

La psychiatrie n'est ni une discipline médicale banale, tant elle touche à des questions essentielles sur ce qu'est l'homme, ni une pratique sociale, même si elle s'inscrit dans les champs de la médecine et du social. Elle s'étaye sur des savoirs multiples alliant la psychopathologie, les neurosciences, la génétique et les sciences humaines, apports indispensables à la compréhension des maladies mentales : psychologie, psychanalyse, pédagogie et sociologie. Cette complexité disparaît malheureusement de plus en plus de la formation initiale des professionnels. Il faut rappeler la dimension relationnelle de la psychiatrie, qui implique un engagement personnel des soignants et de tous les acteurs participant à l'accompagnement des personnes confrontées à des troubles psychiques.

La santé mentale, de son côté, s'intéresse aux conséquences de la souffrance et du handicap psychique dans la vie du sujet et inclut donc la prévention des maladies et du handicap psychique, la vie sociale et/ou professionnelle de ces personnes ainsi que toutes les grandes questions de santé publique dans ces domaines, rappelées en son temps par l'O.M.S. (suicide, addictions, troubles des conduites alimentaires, stress, santé au travail, conduites à risque, ...).

La santé mentale concerne donc chaque homme et chaque femme dans toute sa dimension sociale et personnelle. Dans notre société, elle est devenue une question particulièrement aiguë : la violence au travail et dans la cité, qui renvoie aux conditions mêmes de leur organisation, les risques psychosociaux, la solitude, la pauvreté et la précarité sont autant de signes d'une dégradation de la santé psychique individuelle et collective nécessitant une attention prioritaire pour tout politique.

Pour agir...

- Promouvoir une psychiatrie définie comme une spécialité médicale en charge du diagnostic, du traitement et de la prévention des maladies mentales qui s'appuie sur des savoirs multiples alliant la psychopathologie, la biologie et les sciences humaines.

IV. Repenser la future Valorisation de l'Activité en Psychiatrie



Avec le recul, l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) a montré ses limites et des leçons doivent être tirées en vue de la mise en place de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (V.A.P.).

Cette tarification, qui vise à améliorer la transparence des financements, leur caractère équitable et leur efficience, crée de fait une compétition vers la rentabilité financière en introduisant une concurrence entre les hommes et entre les structures provoquant la sélection des patients en vue de cette rentabilité, ce qui pénalise le financement de l'hôpital public.

Contrairement à l'idée qui a prévalu à son instauration, diminuer le coût des soins hospitaliers, la T2A incite, au contraire, à les augmenter en choisissant l'activité hospitalière de meilleur rendement financier.

Ainsi, en raccourcissant les séjours, en diminuant les prestations et en transférant sur les autres les activités non rentables³, elle diminue la qualité des soins et elle décourage la prise en charge des patients déterminés comme peu "rentables" pourtant au centre de la fonction d'accueil hospitalier. Enfin, et les expériences étrangères le confirment, elle entraîne un codage opportuniste et cible les patients considérés comme "moins graves" du fait d'un traitement bien standardisé.

On peut donc considérer que la T2A affaiblit la maîtrise des dépenses hospitalières et distord le financement des soins en fonction des besoins tout en en altérant la qualité.

Ceci est d'autant plus préoccupant qu'en psychiatrie, les prises en charge reposent essentiellement sur le personnel ce qui impose d'autres bases pour définir le financement de la psychiatrie publique dans le cadre de la V.A.P., notamment fondées sur la population accueillie et ses caractéristiques socio-économiques...

Pour agir...

- Refonder le système de financement des services de psychiatrie et assurer une meilleure liaison des financements entre l'Etat et les Départements.
- Maintenir l'accessibilité et l'universalité du soin, garantir l'équité de tous les citoyens devant la maladie et les risques sociaux.

³ Aux États-Unis, la baisse de la durée de séjour à l'hôpital s'est accompagnée d'un accroissement démesuré des soins de suite et des soins à domicile (Newhouse, 2003). De plus, « *la différence de champ dans la définition du contenu des soins affectés aux séjours entre les secteurs public et privé en France est un problème, car cela peut inciter les établissements privés à externaliser au maximum les examens et consultations diagnostiques ou préopératoires qui sont financés séparément sur l'enveloppe ambulatoire* » in Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France, IRDES, DT n°44, février 2012

V. Promouvoir une vraie qualité versus démarche-qualité



Aujourd’hui, les nouveaux impératifs de gestion et de démarche-qualité pèsent quotidiennement sur les pratiques dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux. Avec un recul de plus de 10 ans désormais, on peut constater que l’inflation de la protocolisation induite par cette politique a conduit à une déresponsabilisation des professionnels, une démotivation et un sentiment de bureaucratisation allant souvent à l’encontre d’une véritable qualité des soins. A l’inverse, la dimension institutionnelle, le partage quotidien sur les pratiques et le souci permanent de leur évaluation clinique, la singularité inhérente au soin, sont totalement ignorés par ces dispositifs. De plus, l’obsession de l’activité et de la Durée Moyenne de Séjour conduit à la mise en œuvre d’une politique de la porte tournante ignorant la nécessité de continuité des soins et participant à la stigmatisation des patients.

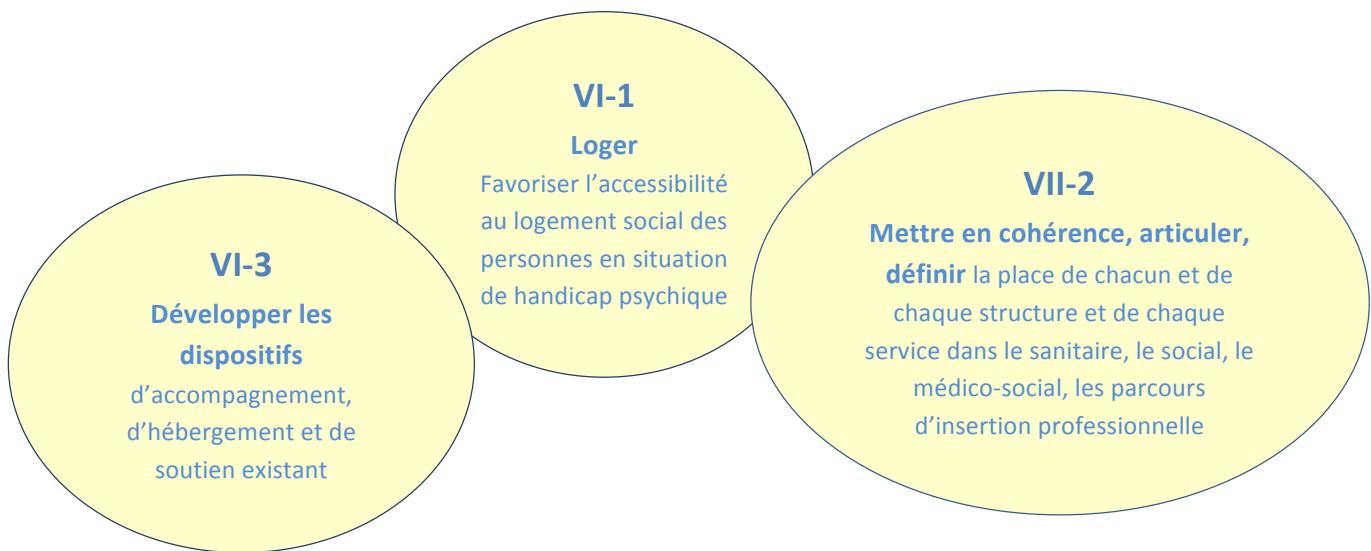
La bientraitance que prône le Plan ne peut être le fruit des seules procédures normées et opposables, ni d’élévations de murs d’enceinte et de fermeture des portes, comme le préconisent les seules circulaires récentes concernant la psychiatrie.

Elle sera, comme la qualité des soins, le fruit d’une politique de formation de professionnels sanitaires ou sociaux, respectés et qui bénéficient de temps suffisants pour penser leur pratique.

Pour agir...

- Organiser la “démarche-qualité” en s’appuyant sur la spécificité de la clinique psychopathologique et une volonté institutionnelle permettant une plus grande qualité de soin au service des personnes, un meilleur épanouissement professionnel et un véritable partenariat entre tous les intervenants.

VI. Prendre en compte toutes les dimensions du handicap psychique



La loi du 11 février 2005 a su reconnaître que les patients psychiatriques étaient souvent en situation de handicap et a permis de développer des outils nouveaux comme les S.A.V.S., les S.A.M.S.A.H. ainsi que la véritable innovation que représentent les GEM. Une culture de l'accompagnement des personnes en situation de handicap du fait de leur maladie mentale est en train de se construire et son développement doit être soutenu. L'action sur l'environnement est également nécessaire, le handicap est lié aux obstacles que met l'environnement à la participation de la personne en situation de handicap à la vie de la cité.

Il est de plus urgent d'apporter des réponses concrètes à la question particulière **de l'accès au logement** sur lequel le rapport de la Cour des Comptes s'est montré très critique, en particulier en termes de financement. Aucun crédit fléché n'est alloué, par exemple, pour la réalisation des résidences d'accueils promues par le nouveau Plan. L'accessibilité au logement social devrait être une priorité automatique pour les personnes ayant pour seul revenu l'A.A.H.

L'accès à l'emploi est plutôt l'objet de discours incantatoires sans propositions concrètes alors même que sept recommandations ont été faites par l'I.G.A.S. Aucune perspective n'existe aujourd'hui sur la création d'E.S.A.T. dédiés au handicap psychique, pas plus que sur les structures d'insertion en milieu ordinaire de travail ou l'apport de l'économie sociale et solidaire qu'il faudrait encourager. Les ressources sont éparses, parcellaires et peu coordonnées.

Pour agir...

- Décloisonner, grâce à un contrat unique pour la politique sanitaire et sociale et des contrats locaux de santé, d'autonomie et de cohésion sociale s'appuyant une vraie dynamique inter-associative.
- Mettre en cohérence, articuler, définir la place des usagers et celle des familles, les services intervenant dans les parcours d'insertion professionnelle, les complémentarités des réponses de proximité (soin, aide à domicile, prestations de compensation...).
- Répertorier les besoins et développer sur l'ensemble des territoires les services et foyers médico-sociaux et les résidences accueil, afin de disposer du panel de réponses adaptées pour les personnes nécessitant un accompagnement sur du long terme
- Exiger et systématiser une priorité d'accès au logement social pour les titulaires de l'AAH

VII. Soutenir la citoyenneté



La dimension citoyenne doit impérativement être promue. Le développement des G.E.M. doit être considéré comme une nécessité. Il en est de même des S.A.V.S. et des S.A.M.S.A.H.

Reconnaitre que la psychiatrie seule, ne peut et n'a pas à apporter toutes les réponses à la vie quotidienne des patients, par exemple en matière de logement ou d'accompagnement au quotidien, constitue un progrès certain. Si la conjonction du développement des ateliers santé-ville, des conseils locaux de santé mentale et de la loi 2005-102 a conduit à une implication des collectivités locales, il ne faudrait pas pour autant que l'Etat en profite pour se désengager à leur détriment.

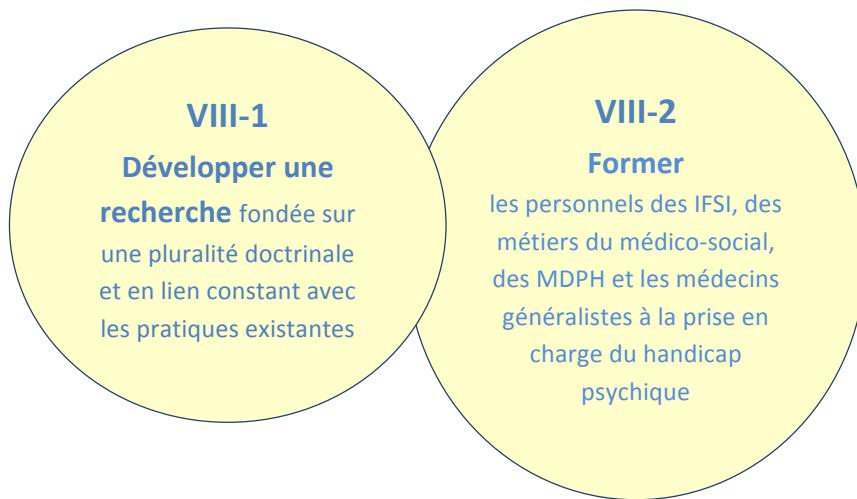
Le soutien passe aussi par le regroupement de toutes les instances qui interviennent et gèrent l'ensemble de la santé mentale, par exemple par la Création d'un Observatoire de la Santé Mentale.

Pour agir...

- Informer, communiquer en impulsant une politique de déstigmatisation et faire des différences une force et non un handicap.
- Renforcer le dialogue entre la psychiatrie et la société, en redonnant sa juste place à la psychiatrie, et reconnaître la santé mentale comme facteur essentiel de cohésion sociale.
- Initier des programmes de communication encourageant l'évolution des mentalités et l'acceptation des différences.

o

VIII. Initier une politique offensive de formation et de recherche



Les cultures métiers et les savoir-faire se perdent. La formation en psychopathologie est devenue le parent pauvre de la formation universitaire, quels que soient les professionnels concernés : elle se cantonne le plus souvent à une clinique comportementale sur le modèle nosographique du D.S.M., réductrice car elle ne prend pas ou peu en compte les apports des sciences humaines au nom d'une norme idéale, face à laquelle se mesure un dysfonctionnement à corriger, la singularité du sujet passant ainsi à la trappe⁴.

Cette formation doit être indépendante aussi bien de l'H.A.S. que des industries pharmaceutiques et La formation continue ne doit pas être réservée en priorité aux impératifs de gestion, d'hygiène et de sécurité.

Il y a urgence à mettre en œuvre des dispositifs de formation croisés et pluridisciplinaires, s'adressant à l'ensemble des professionnels du sanitaire et du médico-social, dans la formation initiale comme dans la formation continue, pour construire cette acculturation réciproque.

Pour agir...

- o Développer la formation aussi bien initiale que continue pour tous les professionnels du soin et de l'accompagnement social, en particulier dans les domaines de la relation de soin, de la prévention et de l'accompagnement au long cours.
- o Développer une recherche fondée sur une pluralité doctrinale et en lien constant avec les pratiques existantes.
- o Favoriser une meilleure compréhension, transversale, des spécificités du handicap psychique (dimension sociale et invalidante des pathologies mentales, variabilité des troubles, absence fréquente de demande...).

⁴ De nombreuses critiques sont faites à ces classifications (D.S.M. et C.I.M.) en raison des conflits d'intérêts qui les sous-tendent, des dangers que pose l'approche statistique et descriptive de type liste de symptômes et les conséquences du "façonnage de maladies" (le deuil apparaît dans la D.S.M. V !) en fonction des nouveaux psychotropes qu'il faut vendre ou dont il faut élargir le marché.