

notre **ENGAGEMENT** total et déterminé

Parce que nous sommes profondément humanistes, nous sommes attachés au respect de la personne. Nous sommes fondamentalement pour la prise en charge des sujets dans leur entité. Une société

se juge à la manière dont elle traite les plus démunis, ceux qui souffrent. Nous sommes donc pour une psychiatrie humaniste et progressiste.

Scrupuleusement attachés à la liberté individuelle de chaque personne, nous ne pouvons rester sans réagir devant les remises en cause des libertés individuelles portées par le président de la République. Nous sommes disponibles et agissons avec toutes celles et ceux qui s'opposent à cette orientation sécuritaire présidentielle.

Le Parti communiste et le Front de gauche, avec leurs élus, sont partie prenante de manière totale et sans ambiguïté des

mobilisations des professionnels pour une psychiatrie moderne à la française.

S'opposer est indispensable, mais cela ne suffit pas ! Nous voulons coélaborer avec celles et ceux qui le souhaitent une loi de santé publique pour la psychiatrie à la française.

Les propositions contenues dans cette brochure sont notre contribution au nécessaire débat à poursuivre et à développer...

Jean-Luc Gibelin
animateur de la commission
Santé/protection sociale du PCF

vous pouvez vous inscrire

**pour recevoir
mensuellement**

Globule rouge info

**et être informé
des activités
et initiatives
de la commission**

**Santé/protection sociale
du PCF**

à l'adresse : **sante@pcf.fr**

DU REFUS DE LA CONTRAINTE GÉNÉRALISÉE à un projet politique pour une psychiatrie humaine

Depuis le discours du président de la République du 2 décembre 2008, la psychiatrie est entraînée dans une logique sécuritaire. Celle-ci se traduisant par le projet de loi « relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Contrairement à son énoncé, il ne protège en rien les personnes en souffrance psychiques. Au contraire, il vise à faire passer la psychiatrie d'un dispositif sanitaire au service des malades à un dispositif de contrôle social au service du ministère de l'Intérieur.

Le PCF et ses élus s'opposent radicalement à cette dérive.

Nous refusons la mise en place d'une garde à vue psychiatrique de 72 h.

Nous refusons l'instauration d'un fichier des personnes ayant à un moment de leur vie fait l'objet d'un soin sous contrainte.

Nous refusons les soins ambulatoires sous contrainte et la confusion entre sphère publique et sphère privée que ces derniers entraînent.

Nous refusons la prééminence des troubles à l'ordre public dans les motifs du soin sous contrainte et qui ouvre la porte à tous les abus.

Nous refusons de voir les consultations des Centres médico-psychologiques, qui manquent déjà de moyens pour faire face à la demande, être surchargées par des personnes faisant l'objet des soins ambulatoires sous contrainte alors qu'elles ne présentent aucun signe psychopathologique !

Mais au-delà du refus de ce projet de lois liberticide, le Parti communiste et ses élus considèrent qu'il faut une réforme en profondeur et progresse de la psychiatrie.

Cela suppose un projet politique ambitieux et novateur.

Une réforme affirmant que l'objet de la psychiatrie est de soigner des sujets en souffrance et non la normalisation des individus et des comportements !

Une réforme affirmant que le fondement du soin est relationnel, servi par les progrès de la recherche.

Une réforme affirmant que les équipes de secteur doivent tout mettre en œuvre pour créer et maintenir le lien thérapeutique avec chaque patient et ce, quelle que soit la situation sociale ou psychopathologique du patient.

Une réforme qui ne tolèrera plus l'abandon de certains malades parce qu'ils sont les plus pauvres, parce que ce sont les plus difficiles. Une réforme qui se donne les moyens humains et financiers de ses ambitions.

Une réforme des études, instaurant une formation

spécifique adaptée au fait psychopathologique et à la psychodynamique de tous les professionnels exerçant en psychiatrie.

Cela nécessite que les citoyens se saisissent de ces questions et imposent ce débat de société.

Un débat, non à partir de certains faits divers sensationnels, mais à partir de la quotidienneté des problèmes auxquels sont confrontés les patients, leurs familles, les professionnels et l'ensemble de nos concitoyens.

Tout cela, nous l'avons, dit nécessite un projet politique ambitieux.

Pour contribuer à l'élaboration de ce projet politique, le PCF met ses propositions à disposition du débat indispensable.

**OUVRONS
LARGEMENT
LE DÉBAT**

Serge Klopp

chargé au PCF des questions de Psychiatrie

vers un projet politique pour la psychiatrie

TRAME POLITIQUE D'UN PROJET DE LOI À CONSTRUIRE

PRÉAMBULE

La psychiatrie a un domaine propre : la souffrance psychique. De ce fait, elle se trouve également et sans cesse confrontée aux phénomènes d'ordre politique, économique ou social qui interfèrent dans la vie psychique. Si la psychiatrie peut en porter témoignage, il n'est pas dans sa vocation de résoudre ces ordres de faits, mais elle intervient ainsi par des pratiques d'une grande diversité, dans un champ qui n'appartient pas à ses seuls acteurs, dans un travail nécessairement partagé¹.

L'objet de la psychiatrie est fondamentalement de soigner des sujets souffrant psychiquement et non de traiter des maladies ou des troubles. Il ne se limite pas à l'éradication de symptômes, à la normalisation de conduites, ni au contrôle social.

Son action va au-delà du dépistage des maladies et à la mise en place d'une prescription, ou encore du seul traitement de la crise dans le but de passer la main au médecin généraliste².

Son action est fondée sur la relation thérapeutique, ce qui nécessite la recherche en permanence d'une relation de confiance entre le patient et le soignant.

Le secteur, dans ses missions de prévention, de soins et de post-cure, redevient³ le centre du dispositif public de la psychiatrie en France. Il est essentiel, pour assurer à chaque patient la nécessaire continuité des soins que ces missions puissent être assurées par la même équipe pluridisciplinaire.

Le principe de la sectorisation entraîne une obligation de soin pour l'équipe de secteur de tous les patients résidant dans sa zone géo démographique. Ce qui ne remet pas en cause le principe du libre choix de son praticien par le patient. Celui-ci peut, de ce fait, se faire soigner dans un autre secteur que celui de son lieu de résidence.

Il est tenu compte de la difficulté que représente dans notre société le fait de faire la démarche d'aller consulter en psychiatrie. Pour y remédier il est prévu d'une part, d'animer une action au long cours visant à changer les mentalités à l'égard du fait psychiatrique.

Par ailleurs, le principe de la totale gratuité des consultations et des soins ambulatoires, sans obligation de couverture sociale est maintenu.

PROJET DE SOINS INDIVIDUALISÉS

Tenant compte que l'histoire propre à chaque patient influe directement sur l'expression de la maladie, sa symptomatologie et le sens de celle-ci, il est impératif de mettre en œuvre pour chaque patient singulier un projet de soins individualisés, tenant compte de celle-ci.

Cela souligne l'importance de la continuité des soins qui permet aux équipes de mieux connaître cette dimension et de l'intégrer dans leur projet de soins. La qualité de travail de l'équipe de secteur réside particulièrement dans son caractère pluridisciplinaire et sa capacité à mettre ces divers professionnels en position de coopération et de co-élaboration collective.

Ainsi, les protocoles de soins ne sauraient être considérés comme le soin optimum, mais uniquement comme une aide aux soignants qui n'auraient encore pas acquis les compétences suffisantes pour resituer chaque situation de soins dans sa singularité et y apporter la réponse thérapeutique singulière que celle-ci nécessite. Les protocoles ne doivent plus être considérés comme opposables.

1. Préambule du rapport Demay, juillet 2002

2. Référence à la circulaire mettant en place le SROS 3 en psychiatrie qui stipulait que la mission de la psychiatrie étaient de dépister les troubles et mettre en place un traitement ou traiter la crise, puis de passer la main au médecin généraliste et éventuellement au secteur social ou médico-social

3. Ce n'est plus le cas depuis le vote d'une loi de simplification administrative repris par la circulaire du SROS 3

CONTINUITÉ DES SOINS

En raison du fait que de nombreuses maladies mentales sont chroniques, la psychiatrie doit garantir aux patients une continuité des soins de qualité ainsi qu'un soutien et un accompagnement auprès des familles et des proches.

Les associations d'usagers rappellent régulièrement les difficultés que rencontrent les patients pour pouvoir être correctement suivis par le secteur de référence. Cela se pose pour obtenir un premier rendez-vous comme pour pouvoir avoir des rendez-vous suffisamment rapprochés avec le thérapeute pour que ceux-ci soient effectivement thérapeutiques. Ce qui a pour effet de décourager certains patients qui, de ce fait, arrêtent tout suivi, alors que l'on sait que cela risque de les conduire vers une rechute qui sera plus difficile à prendre en charge et nécessitera plus de moyens.

Tenant compte du risque de rupture des soins par le patient du fait de sa pathologie, les équipes de psychiatrie de secteur ont pour obligation de tout mettre en œuvre pour établir, maintenir ou rétablir un lien thérapeutique positif avec chaque patient. Ce lien étant la base indispensable de la continuité des soins, seule garante d'un soin de qualité.

Ce qui implique que chaque CMP (Centre médico psychologique) dispose des moyens humains (en nombre et en qualifications) nécessaires pour assurer cette continuité, que ce soit au travers de consultations ou par l'organisation de V.à D. (visites à domicile) dès que nécessaire. Ces V.à D. ont pour fonction essentielle de maintenir un lien thérapeutique et non de contrôler le patient.

CONTINUITÉ DES SOINS ET ARTICULATION SOCIAL/MÉDICO-SOCIAL

Certaines pathologies psychiatriques sont particulièrement invalidantes et nécessitent qu'en parallèle du suivi sanitaire par le secteur soit mis en place un suivi social ou médico-social.

Ces prises en charge du social ou du médico-social, ne sauraient se substituer à la nécessaire continuité des soins par le secteur.⁴ Elles nécessi-

tent par contre une étroite coopération entre ces différentes équipes tout en respectant le libre arbitre du patient.

Cette coopération ne devant pas se transformer en dispositif de contrôle qui ne saurait être que préjudiciable à la relation de confiance garante de la qualité de la prise en charge.

HOSPITALISATION

Dans la psychiatrie moderne, seule une minorité de patients nécessite une hospitalisation.

En amont de l'hospitalisation, chaque secteur doit pouvoir disposer d'un Centre d'accueil et de crise (éventuellement intersectoriel), permettant de désamorcer 24h/24h certaines situations de crise qui risqueraient de nécessiter une hospitalisation.

Mais actuellement, certaines hospitalisations sont trop brèves par manque de lit. Dans de trop nombreux services les mises en chambre d'isolement se multiplient pour pallier au manque de personnel.

Chaque secteur doit disposer d'un nombre de lits suffisant lui permettant d'hospitaliser les patients le temps qu'impose la clinique. Et d'un nombre de soignants qualifiés et correctement formés leur permettant de remplacer la contention physique par un travail de contenance psychique. Le recours à la chambre d'isolement doit être exceptionnel.

Durant l'hospitalisation, la qualité des soins relationnels est fondamentale, de ce fait il est important que l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire y intervienne, particulièrement les psychologues.

En aval de l'hospitalisation, chaque secteur doit pouvoir disposer de structures intermédiaires (éventuellement intersectorielles) permettant de proposer à certains patients un retour progressif vers la cité.

RECHERCHE ⁵

La psychiatrie intègre l'apport théorique de différents domaines scientifiques (médical, biologique, psychologique...) indispensable pour appréhender la complexité de la pathologie mentale. Pour autant, il n'y a de clinique que du sujet. Les apports de la psychanalyse demeurent essentiels. Le DSM ⁶ n'a pas vocation à théoriser la cli-

nique psychiatrique et encore moins à la modéliser. Dans ce cadre la recherche clinique ne saurait se limiter à la recherche dans le domaine cognitivo comportemental ou des neurosciences. Elle doit actualiser la nosographie française. Elle doit être favorisée et développée également dans le cadre du secteur.

QUALITÉ DES SOINS ET ÉVALUATION

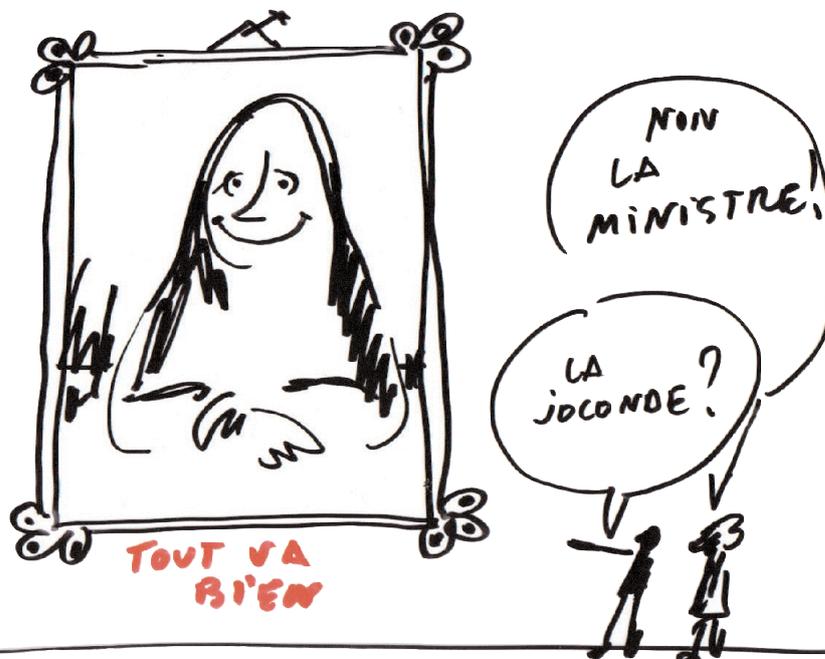
La « démarche qualité » actuellement en œuvre vise essentiellement à évaluer l'instauration et le respect de procédures devant répondre à des situations de soins généralisées, modélisées.

Ce qui est évalué dans ce cadre, c'est la forme et non la réelle qualité des soins qui sont dispensés.

En psychiatrie, la qualité des soins ne pouvant se réduire à la mise en œuvre de protocoles, ceux-ci pouvant même se trouver antinomiques avec une qualité des soins optimums, l'évaluation de la qualité des soins ne peut se faire sur le modèle du référentiel de l'HAS (Haute autorité de Santé).

De ce fait, les services de psychiatrie ne peuvent être ni évalués ni certifiés sur la base du référentiel de l'HAS.

L'HAS, en lien avec les secteurs, les professionnels et les associations d'usagers, est chargée de définir des modalités d'évaluation visant la réelle qualité des soins et non leur caractère formel. En attendant la mise en place de ce nouvel outil, les services de psychiatrie ne seront pas soumis à la certification lors de la visite des experts visiteurs. Par ailleurs, chaque secteur le souhaitant peut disposer d'une enveloppe spécifique pour assurer un travail de soutien et de supervision de ses équipes.



FORMATIONS

Tous les professionnels exerçant en psychiatrie doivent bénéficier d'une formation spécifique à la psychopathologie, aux sciences humaines et à la psychanalyse leur permettant de faire face au fait psychopathologique dans la psychodynamique propre à chaque patient.

La clinique psychiatrique (quel que soit le métier) est une praxis nécessitant un continuel aller retour entre pratique et théorie.

Tous les professionnels ayant acquis les compétences nécessaires (sous forme d'expérience professionnelle, de formations, recherches personnelles, participation à des séminaires...) pourront, au sein de leur institution de soins, se voir reconnu une fonction de psychothérapeute. Celle-ci étant dissociée du statut.

5. Les chapitres recherche et formation font référence aux motions votées par les États généraux de la Psychiatrie de Montpellier en 2003

6. Manuel de diagnostic médical

INTERNAT

Il est mis fin au numerus clausus des internes en psychiatrie. Tous les services de psychiatrie de secteur redeviennent « terrain de stage qualifiant ».

La formation des internes est fondée sur une approche psychodynamique de la maladie mentale leur permettant d'appréhender la réalité psy-

chopathologique des patients et de leur garantir une continuité des soins de qualité, notamment pour les patients souffrant de psychose.

Ils auront au cours de leur formation la possibilité de se familiariser avec la théorie psychanalytique mais également avec les autres approches notamment cognitivo-comportementales.

INFIRMIERS

Depuis la mise en place du D E I (Diplôme d'État infirmier) en 1992, les pouvoirs publics n'ont cessé de faire état du déficit de formation initiale pour les infirmiers choisissant d'exercer en psychiatrie.

Les professionnels font état du même déficit pour les IDE arrivant en services de soins somatiques. Ce qui a conduit à mettre en place en psychiatrie un tutorat et un certain nombre de formations complémentaires obligatoires par le biais de la formation continue pour tous les infirmiers « primo arrivants » en psychiatrie.

Ce dispositif s'avérant onéreux et inefficace, il est instauré un Diplôme d'État infirmier en « chandelier »⁷. Chaque branche du chandelier correspondant à un champ spécifique d'exercice infirmier. Dans un premier temps, il est instauré trois branches : psychiatrie, médecine générale, santé publique. D'autres branches pourront être instaurées en fonction des besoins.

La formation infirmière serait constituée d'un tronc commun. Tous les modules seront étudiés par les étudiants en soins infirmiers. Mais, les modules concernant l'option choisie seront plus approfondis que les autres. Ce qui permettra la mise en place d'une formation spécifique dans le cadre du DEI. Les infirmiers souhaitant changer de champ d'exercice devront bénéficier d'une formation complémentaire afin d'acquérir les bases des compétences nécessaires à l'exercice dans ce champ.

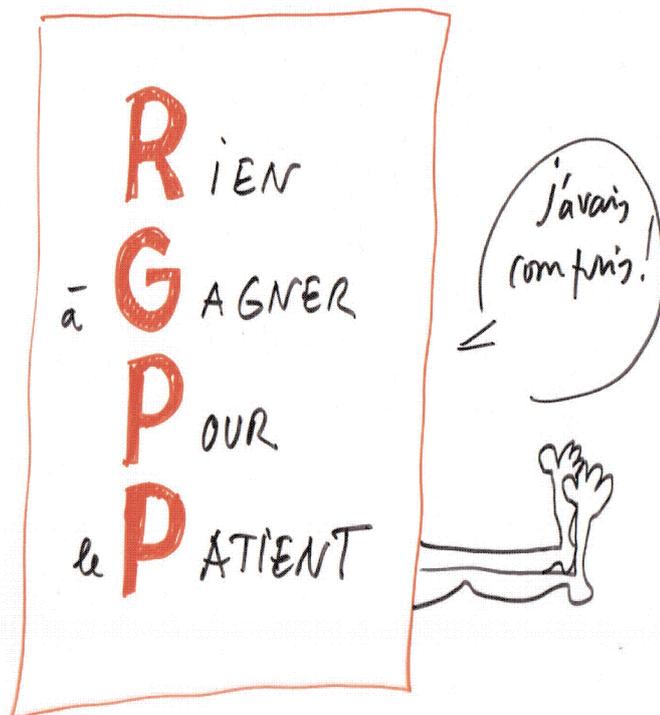
Concernant la psychiatrie, la formation initiale doit permettre aux étudiants de s'inscrire dans une démarche soignante ouvrant sur une praxis.

Tous les soignants exerçant en psychiatrie doivent pouvoir bénéficier de formations continues de qualité, leur permettant d'élargir leur champ de compétence, particulièrement dans le soin relationnel. Ce qui devrait permettre à un nombre important d'infirmiers confirmés de réaliser les « soins à visée psychothérapeutiques ».

Pour pallier à la pénurie d'infirmiers et aux difficultés de recrutement, les études d'infirmier feront l'objet d'un salaire.

Par ailleurs il sera procédé à l'ouverture ou la réouverture d'un certain nombre d'IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) particulièrement dans les régions en grande pénurie.

dessins de Pierre Corneloup



7. Proposition élaborée après les États généraux de la Psy par les syndicats CGT, SUD et FO et les associations SerPsy et CEMEA

ACCOMPAGNEMENT

Pour assurer une bonne accessibilité et continuité des soins, chaque secteur a pour mission d'établir un travail de réseau avec le tissu associatif, les soignants libéraux (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmières...) et les élus de son territoire. Il pourra le cas échéant organiser des actions de formation ou d'informa-

tion auprès de ces professionnels ou de la population au travers notamment des Conseils locaux de Santé mentale.

Chaque secteur disposera des moyens nécessaires pour assurer ces missions d'intérêt général et d'action dans la communauté (MIGAC).

GOVERNANCE ET FINANCEMENT

Tenant compte des spécificités de la psychiatrie et de ses modalités particulières de travail, le territoire géodémographique (70 000 habitants) du secteur reste le plus valide. Ce qui implique que chaque secteur soit un pôle – en attente de l'abrogation d'Hôpital 2007 et de la Loi HPST,

Le financement de la psychiatrie ne peut relever de la T2A (Tarification à l'activité), ni de la VAP (Valorisation de l'activité en psychiatrie). Son

financement nécessite le maintien d'un financement global, prenant en compte l'ensemble des activités du secteur, notamment en ce qui concerne les MIGAC. Sur le plan national la psychiatrie fait l'objet d'un budget spécifique, permettant de mesurer son évolution réelle ⁸.

Le principe de la totale gratuité pour les usagers des soins ambulatoires, sans pré requis de couverture sociale quelle qu'elle soit est réaffirmé.

INTERNEMENT

Le recours à la privation de sa liberté d'une personne en raison de ses troubles psychiques qui peuvent présenter un danger pour elle-même ou pour autrui ou provoquer de graves troubles à l'ordre public est une mesure d'exception.

La psychiatrie n'est pas une science prédictive. Elle ne peut définir qui est potentiellement dangereux et qui ne l'est pas. Il ne peut être motivé que par l'état de la personne au moment des faits dûment constaté par un certificat médical. Le juge des libertés est immédiatement informé de chaque mesure d'internement. Il est impératif de revenir dans le droit commun sitôt que l'état de la personne le permet (même si celle-ci nécessiterait encore des soins et les refuse). Cet état étant constaté par certificat médical par le médecin traitant qui en informe immédiatement l'autorité administrative et le juge des libertés.

La personne peut également présenter une amélioration de son état, sans qu'il n'ait suffisamment évolué pour permettre une levée de la mesure. Dans ce cas, un certificat médical permet à la per-

sonne de bénéficier de sorties d'essai. L'avis médical prime sur l'avis de l'autorité administrative qui peut, si elle conteste cet avis, demander une expertise. En l'absence de certificat médical certifiant que l'état de la personne ne relève plus du droit d'exception, la personne ou toute personne contestant cette mesure peut saisir directement le juge des libertés qui fera procéder dans les plus brefs délais à une expertise.

Le juge des libertés peut également s'autosaisir. Toute personne ayant interné abusivement ou prolongé abusivement l'internement d'une personne – la privant de ce fait de ses droits fondamentaux – est passible de poursuites.



8. Revendication des États généraux de la Psy. Le plan psychiatrie santé mentale de Douste Blazy en a montré l'importance, puisque ce plan annonçait plusieurs milliards supplémentaires alors que l'essentiel était dévolu au médico-social et que, pour une part importante, il s'agissait de sommes déjà prévues

COMMUNIQUÉS

Mobilisation pour une psychiatrie au service des malades

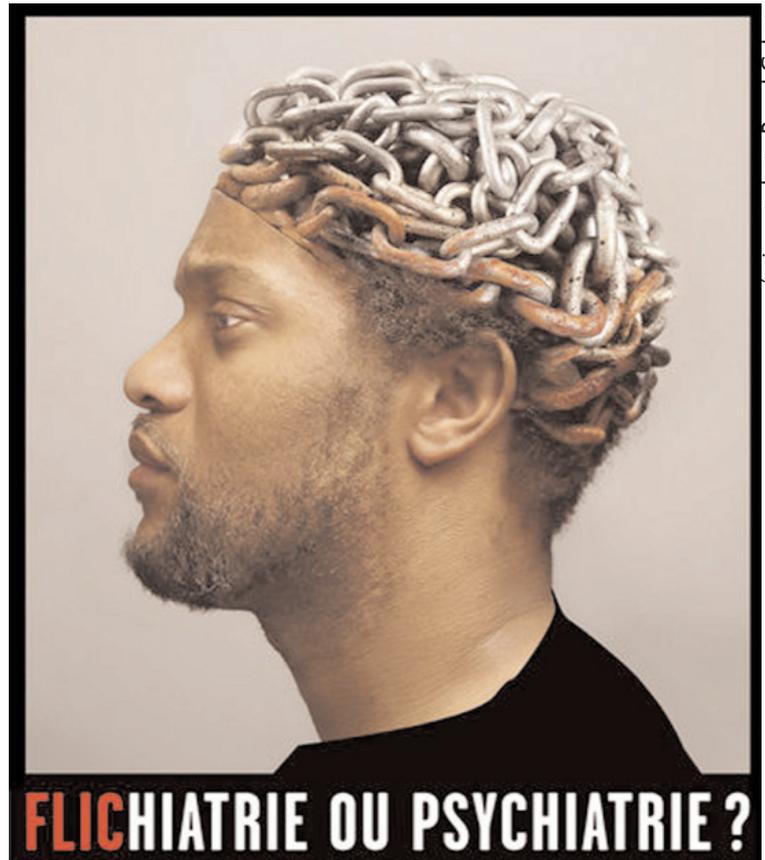
Le gouvernement soumet au Parlement à partir du 15 mars son projet de loi sécuritaire concernant la psychiatrie. Avec ce texte de loi, en s'appuyant sur des faits divers extrêmement dramatiques, le gouvernement voudrait nous faire croire que « Malade mental = dangereux criminel ».

Ce projet de loi est à la fois liberticide et une aberration clinique pour les patients qui verront la qualité de leurs soins encore dégradée.

Le PCF appelle à la mobilisation pour obtenir le retrait de ce projet de loi et obtenir une loi sanitaire qui donne à la psychiatrie les moyens de soigner les malades souffrant de troubles psychiques dans le respect de la personne.

C'est important pour préserver la psychiatrie comme dispositif de soins. C'est important pour préserver les libertés fondamentales de notre République.

Mars 2011



création et photo Pascal Colrat

PROJET DE LOI RELATIF À LA PSYCHIATRIE un vent de folie souffle sur le Sénat !

[...] le Sénat devrait étudier le projet de loi « relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Comme nous l'avons déjà maintes fois dénoncé ce projet n'améliorerait en rien ni la qualité des soins, ni les droits des personnes prises en charge en psychiatrie. Au contraire, dans une logique purement sécuritaire, il vise à faire passer la psychiatrie d'un dispositif sanitaire au service des malades à un dispositif de contrôle social au service du ministère de l'Intérieur.

[...] Pour le PCF, cela montre, plus que jamais, la nécessité de se mobiliser pour obtenir le retrait définitif de ce projet de loi liberticide [...].

Mais au-delà de ce rejet, le PCF considère indispensable d'ouvrir un grand débat national et citoyen pour élaborer un projet politique pour une psychiatrie humaniste au service du sujet. Une psychiatrie qui renoue avec la dynamique désaliéniste issue de la Résistance, mise en place dans les années d'après guerre. Une psychiatrie qui mette un terme aux pratiques déshumanisantes, sécuritaires, et totalitaires qui se mettent en place actuellement de manière insidieuse, au nom d'une conception idéologique du soin et de l'homme qui se déclare scientifique mais n'est que scientiste.

Le PCF et ses élus entendent assumer pleinement leurs responsabilités politiques et prendre toute leur part dans cette élaboration politique en mettant au débat leur contribution pour un projet politique pour une psychiatrie humaine.

Le 6 mai 2011

L'HUMANITÉ DIMANCHE

Toutes les cinq semaines,
dans l'Humanité Dimanche
une page est consacrée
à l'actualité politique en psychiatrie.

Serge Klopp, en charge
des questions de psychiatrie au PCF
donne un éclairage
sur ces problématiques.
À lire sans modération !

consulter les pages Santé
de la plate forme Web du PCF
à l'adresse
sante.pcf.fr