



Rapport moral de l'exercice 2018

Assemblée Générale Ordinaire — 11 février 2019

RÉINSTALLER LA PSYCHIATRIE, un préalable à une possible évolution

Dr Jean-Jacques Bonamour du Tartre

Texte présenté comme « mot du Président » lors de l'AG de la FFP du 11/02/2019

1. ARGUMENT

On pourrait penser avec optimisme que les choses vont rapidement s'améliorer dans le paysage de la psychiatrie, notamment après les annonces, qui depuis l'été dernier, tentent de redonner espoir au « parent pauvre de la médecine ».

Et personne ne contestera l'intérêt porté par la ministre des Solidarités de la Santé à ce secteur, via la « feuille de route » de juin dernier, les perspectives « Ma santé 2022 », les coups de pouce budgétaires ou encore le projet de nomination d'un délégué ministériel à la psychiatrie.

Mais tout cela est-il de nature à réellement réparer les dégâts que plusieurs décennies d'insuffisance des politiques publiques ont accumulé, faute d'une volonté de concevoir une vraie politique globale promue par une loi, malgré la quantité impressionnante de rapports restés malheureusement sans lendemain ?

Le champ de la psychiatrie, un domaine symboliquement vulnérable

Car il est depuis sa naissance parcouru par des forces diverses qui en déterminent la nature et la complexité, en en faisant une entité hétérogène à bien des égards, dans son essence même aussi bien que dans ses rapports avec la médecine, l'organisation socio-politique du moment ou encore l'esprit des temps. Le trouble mental est depuis toujours suspect d'avoir partie liée avec les forces les plus obscures et pernicieuses présidant à la destinée humaine (le « fou » est a priori dangereux et réputé apte à rendre fous ceux qui l'approchent, et les psychiatres en premier lieu).

La psychiatrie est de fait le lieu où la vulnérabilité de l'Homme et de la Raison s'exprime avec effroi et curiosité pour la société toute entière, et elle rappelle sans ambages que l'homme est (définitivement) sujet à la folie, qu'elle est toujours peu ou prou objet de méconnaissance, de déni ou de rejet, mais toujours si proche de nous, et que malgré cela, les hommes ont un devoir moral de solidarité avec les « insensés », comme on les nommait autrefois.

Ainsi, la complexité du domaine, le risque majeur d'irrationnel et d'arbitraire dont il est affublé, l'incomplétude des savoirs, chacun étant borné par le suivant, l'incertitude quant aux méthodes de soins et à leurs résultats, la lourdeur des engagements requis souvent sur le long cours, **toutes ces réalités surdéterminent un risque aussi permanent qu'irréductible, celui d'une vulnérabilité symbolique majeure.**

Et quand on n'entretient pas le climat nécessaire à bien concevoir cette discipline et à en protéger les acteurs, et à la valoriser socialement, la mécanique de la perte de sens et la dépression professionnelle s'enclenche, transformant sournoisement l'intérêt théorique et la satisfaction issue d'un soin exigeant et très engageant en un exercice éprouvant, ingrat, si ce n'est dissuasif.

Bien que reposant sur des connaissances éparses et lacunaires, elle est le seul domaine de la santé où l'on peut imposer des soins sans le consentement de la personne, et la psychiatrie porte sa croix en assumant à la fois :

- **la commande sociale** (débarrasser les « normaux » des « fous » dangereux pour eux-mêmes ou autrui, que leur dangerosité soit réelle ou imaginaire),
- **sa critique antipsychiatrique endémique** (trop enfermer les gens, les violenter) souvent pertinente, mais souvent passionnelle aussi, risquant aussi de flirter avec un certain négationnisme de la maladie mentale, par une approche trop socio-pathique

- **la temporalité de l'évolution de troubles** qui souvent s'étendent sur des années, et dont on peine à affirmer la fin (quelle guérison possible en psychiatrie ?)
- **la recherche éperdue de solutions simplificatrices**, qui serait enfin la voie du Remède Universel, à la fois technique et économique à des affections irréductiblement complexes et surtout durables, et qui tendent à toujours échapper.

Autrement dit, le sujet est grave et obscur, d'une complexité perturbante, il nous concerne tous en tant que citoyens... mais gare aux miroirs aux alouettes !

Blocage et saturation par la pénurie et une carence certaine en matière de politique

Mais elle peut paraître par trop lourde par moments, cette croix, et c'est actuellement le cas sur une durée qui se compte maintenant en décennies, depuis l'époque déjà lointaine maintenant, où l'idéal des soins pour tous dans la cité, porté par la psychiatrie de secteur comme par la psychiatrie de ville, s'est trouvé asphyxié à la fois par son propre succès et par la limitation drastique des moyens alloués : cette inflexion est très mal tombée, à un moment où le « virage ambulatoire » engagé très tôt dans ce domaine (début des années 70), avait pu produire ses effets de dés-hospitalisme, puis s'est en partie disloqué sur l'impératif de « maîtrise des coûts » et donc la stagnation durable des investissements nécessaires.

Ainsi, faute des équipements adéquats, notamment dans le secteur médico-social, et d'un partage réel avec les élus locaux des questions posées par le retour des malades « dans la cité », s'est installé un quotidien saturé par les problèmes d'engorgement : il est depuis ce temps notoire qu'environ 20 % des lits d'hospitalisation sont occupés des mois durant par des patients sans solution sociale apte à constituer l'alternative souhaitable, et nous ne ferons que citer les impasses dans le domaine du logement ou du travail adapté, qui freinent l'insertion effective des patients.

Un sur-pilotage administratif et technocratique

Le destin a voulu que parallèlement à cette pénurie, le souci officiel de la qualité et de la sécurité des soins se soit progressivement donné des instances et des méthodes de plus en plus complexes, impactant lourdement les services de soins hospitaliers notamment : là où, jusque dans les années 90, le soin s'organisait dans un certain climat de confiance et de liberté d'initiative (mais aussi de façon très hétérogène, il faut le reconnaître), s'est développé un épais brouillard d'exigences et de contraintes, dont le respect a imposé une réelle mutation dans l'esprit du soin, mais pas toujours dans le bon sens.

Ainsi peut-on pointer, entre autres, le pilotage managérial prévalent, le temps considérable de la prise de connaissance quasi quotidienne des nouvelles dispositions et de leur mise en application, le respect obligé des procédures très détaillées, l'abondance et la longueur des recommandations, et surtout sans doute le passage d'une culture orale d'échange interprofessionnel et d'innovation spontanée, à une culture de la procédure, de l'obsession du traçage méticuleux et de la crainte sans cesse agitée de la mise en cause judiciaire (la gestion des risques est devenue une préoccupation première dans l'organisation des soins).

De l'invention libre du soin, on est passé, sous l'alibi de bonne gestion et de qualité, à l'exécution de procédures centralisées, mais... tout cela a paradoxalement, mais fortement appauvri la qualité ressentie des soins, en tant qu'elle pouvait auparavant procéder d'une certaine liberté de pensée et de parole, aujourd'hui ensevelie sous un balisage envahissant et toxique : **s'imaginer qu'on peut développer et entretenir une qualité des soins sans que soit organisé et entretenu un vrai temps de parole libre et d'élaboration commune est sans doute une erreur majeure, dont les décideurs politiques et les chantres d'une qualité par trop théorique n'ont pas (encore) pris la mesure, dans ses effets de terrain très délétères.**

Dernier aspect et non des moindres, toutes ces dernières années ont vu la surveillance politico-administrative de la population des malades psychiques croître de façon exponentielle, souvent dans un esprit d'assimilation de la dangerosité sociale et de la maladie mentale, assimilation fondée sur rien d'autre que des préjugés (de nombreuses études l'ont démontré) et très contre-productive en termes de droit des personnes et de liberté individuelle.

Et aucune des protestations, qu'elles émanent des organisations de professionnels ou des associations de patients ou de familles, n'a jamais été entendue au point de remettre en question ce « virage sécuritaire », tout à fait aberrant en fait, sauf à la considérer sous l'angle politicien...

Une souffrance des professionnels qui touche au désespoir

On a fatalement quelques réticences à parler aujourd'hui de souffrance au travail, tant la communication politique a inondé l'espace public de ces annonces qui annulent le fait qu'elles sont censées pointer : comme beaucoup de choses aujourd'hui, le problème est presque totalement retourné via les démarches de « qualité de vie au travail » et leur sigle QVT, avec les observatoires et sans doute le numéro vert qui s'imposent, sans pourtant qu'aucune proposition sérieuse de concertation avec les organisations professionnelles n'ait vu le jour, ni que des questions de fond n'aient été réellement abordées.

Mais la situation est bien là : près de 30 % de postes de psychiatres vacants à l'hôpital (50 % des postes à temps partiel, semble-t-il), un secteur privé très fragilisé par l'âge des praticiens et la surcharge des demandes, et surtout un sentiment d'épuisement, d'incompréhension et d'isolement chez la plupart des professionnels, qui ne reçoivent plus de reconnaissance que dans la situation clinique (heureusement), et ne se retrouvent guère dans l'annonce de réformes qui semblent passer à côté de la réalité de leur quotidien : il faudrait être bien sourd pour ne pas entendre la plainte quasi généralisée des praticiens, qui pour la plupart ont désormais hâte de se débarrasser du fardeau qu'est devenu leur exercice.

Et une dimension majeure de cette souffrance est sans doute à trouver dans la grande difficulté pour les plus expérimentés d'aujourd'hui à se reconnaître dans leur travail, tant les conditions se sont dégradées, et à pouvoir transmettre les valeurs et les connaissances qu'ils ont patiemment acquises tout au long de leur vie professionnelle.

Cette dimension de l'expérience relationnelle acquise, grâce au et avec le corps infirmier, par et auprès des malades est essentielle : ces derniers ont formé des générations de psychiatres et d'infirmiers, depuis que Pussin et Pinel, nos mythiques ancêtres, ont fait entrer la civilisation à ce qui allait devenir l'asile, chacun d'eux tâchant avec plus ou moins de bonheur de comprendre le discours de l'autre, permettant à la psychiatrie « moderne » de se constituer autour d'une parole possible et donc d'une langue commune.

Que la psychiatrie oublie cette source fondamentale est pour elle un risque mortel : or, l'ensemble des contraintes imposées à la pratique agit comme une éradication de la parole, systématiquement encadrée dans des dispositifs asphyxiants.

Faudra-t-il une nouvelle tragédie pour que naisse enfin une nouvelle politique en psychiatrie et santé mentale ?

La mémoire tend à s'effacer, qui rend aux événements historiques leur responsabilité dans les sursauts de l'organisation sociale : rappelons tout de même celle des milliers de malades morts de faim et de carences de soins dans les asiles durant la Seconde Guerre mondiale, et le poids qu'elle a pu avoir dans la genèse de cette formidable avancée qu'a été l'invention de la politique de secteur, d'une audace admirable pour l'époque, dont on a du mal à mesurer à quel point elle a transformé le sort des patients, autrefois si souvent condamnés à la réclusion asilaire à vie.

La situation actuelle n'a rien de similaire : pas de massacre patent, quelques scandales médiatisés comme il convient, mais en fait, une souffrance plutôt murmurée, et désormais disséminée, portée par les patients eux-mêmes, parfois contraints à une autonomie plus ou moins forcée sans soutien

suffisant, dans une solitude dramatique. Et par les familles, également, qui souvent consentent une lourde contribution à l'accompagnement de leur proche, et suppléent les carences diverses.

Elle est aussi et enfin du côté des professionnels généralement surchargés, qui vivent depuis des années dans un climat où le soupçon, la mise en doute et la contrainte n'en finissent pas de déferler, tandis que leurs alertes et protestations ne semblent émouvoir qu'eux-mêmes...

La situation actuelle est celle — là : le discours des décideurs ne fait pas vraiment sens, il n'entame en rien la déception, et ne réanime nullement l'indispensable utopie porteuse, hautement nécessaire à la psychiatrie, tant il ne semble pas conscient des réalités de terrain (pourtant maintes fois énoncées par les professionnels comme les usagers) : sans doute leur approche manque-t-elle vraiment d'empathie envers cette vulnérabilité symbolique de la psychiatrie, et il est à craindre que ce ratage ne permette pas d'endiguer vraiment ces phénomènes de perte de sens, tellement délétères au quotidien.

Aussi nous semble-t-il indispensable qu'en amont de toutes mesures et projets réformant son domaine, la psychiatrie soit soigneusement réinstallée, on dirait réhabilitée, de nos jours, dans une position réfléchie entre tous les partenaires concernés.

Seule sa redéfinition « juste » et la valorisation de ses missions, dans le respect de son éthique et du droit de tous, est à notre sens apte à restaurer des fondements stables et pertinents, sur lesquels les réformes à venir pourront être opérantes : la psychiatrie mérite mieux que des décisions élaborées par morceaux, à la hâte ou en catimini, elle mérite mieux qu'en débat expédié en fin de session parlementaire (rappelons à nos politiques que la loi de 1838 a été débattue durant deux années avant de définir un texte qui a tenu plus de 150 ans !).

À CET EFFET, IL PARAÎTRAIT NÉCESSAIRE DE CONVOQUER UNE GRANDE CONCERTATION EN VUE D'ÉLABORER UN VRAI PLAN POUR LA PSYCHIATRIE, À L'INSTAR DE CE QUI A PU SE FAIRE DANS CERTAINS DOMAINES AVANT LA DÉFINITION DES ACTIONS NÉCESSAIRES.

Cette concertation aurait comme objectif premier de restaurer la psychiatrie dans sa légitimité et sa pertinence sanitaire et sociale : elle devrait être attentive à convoquer l'ensemble de ce qu'on désigne comme parties prenantes, qu'elles soient des organisations d'usagers ou de professionnels, et à associer toutes les disciplines potentiellement contributrices pour notre champ (sociologues, anthropologues, spécialistes du droit, etc.), en veillant cependant à donner une place prépondérante à tous ceux qui vivent la maladie dans leur réalité quotidienne.

2. UNE CHARTE ÉTHIQUE A METTRE AU PREMIER PLAN

Il nous paraît hautement nécessaire pour l'ensemble des professionnels de notre champ, comme pour les usagers et pour les décideurs politiques ou administratifs, de pouvoir se référer à un cadre éthique suffisamment précis sur ses engagements fondamentaux, auquel il serait impossible de déroger. Ce qui pourrait s'appeler une « charte éthique de la psychiatrie » pourrait partir des éléments suivants :

- 1. L'objet de la psychiatrie est le soulagement de la souffrance psychique liée à toutes sortes d'affections ou de situations, touchant les personnes elles-mêmes et/ou leur entourage : c'est dans la grande majorité des cas cette souffrance psychique qui est à l'origine d'une demande de soins psychiatriques librement consentis, émanant de la personne elle-même ou de son entourage***
- 2. La psychiatrie peut prendre à son compte une certaine commande sociale visant à donner des soins à des personnes mentalement perturbées sans leur consentement, mais elle ne saurait le faire autrement que dans un respect scrupuleux de la confidentialité et de toutes les dispositions déontologiques et légales, dans un souci éthique permanent, notamment de restaurer au mieux***

et au plus vite les personnes dans leur capacité citoyenne. Elle ne peut que réfuter toute instrumentalisation, quelles qu'en soient l'origine ou l'intention.

3. ***La qualité de l'acte du psychiatre et des professions associées ne peut être garantie que par une approche multifactorielle du trouble psychique, ce dès la démarche diagnostique, et par la définition d'une démarche de soins et d'accompagnement cohérente en elle-même et avec cette réalité, en intégrant l'hétérogénéité des références théoriques comme donnée de la pratique du psychiatre***
4. ***L'ensemble de la démarche de soins se doit d'être articulé à partir de la parole du patient (et de celle de son entourage dans bien des cas), et des connaissances actualisées issues de différentes approches***
5. ***La pratique doit permettre une approche ouverte et individualisée et l'adaptation de chaque démarche de soins à chaque situation, à partir des souhaits et des éventuelles réticences du patient, conformément aux préconisations de l'Evidence Based Medecine, et doit se garder de toute application systématique d'une attitude standardisée***
6. ***Le dispositif psychiatrique se doit de garantir une offre de soins ouverte, publique et privée, soucieuse des droits des patients, tant sur le plan de la disponibilité que sur celui de la compétence, sur l'ensemble du territoire, et assurer l'articulation de cette offre avec les autres champs, médico-social, social et éducatif notamment***
7. ***L'élaboration et la transmission des connaissances, initiales et continues, s'imposent comme nécessité absolue, entre professionnels de santé notamment, mais aussi avec les « usagers », ainsi qu'avec tous les acteurs intéressés par le champ de la psychiatrie (sociologues, anthropologues, philosophes, juristes, etc.).***

Il va sans dire qu'une telle charte devrait être abondamment discutée, modifiée et complétée si besoin, par l'ensemble des acteurs concernés, pour aboutir à une version largement consensuelle.

3. QUELQUES TÂCHES A MENER EN PRIORITÉ

Dans la logique que nous exposons, il paraît donc indispensable d'aborder et de résoudre, en amont des mesures de financement, d'organisation territoriale ou de techniques de soin, un certain nombre de problèmes généraux, qui, à rester stagnants ou négligés, risqueraient de maintenir la psychiatrie au mieux dans un malaise persistant, au pire dans une dégradation sans limites.

Une volonté politique serait la bienvenue à cet effet.

A. PARMIS LES PROBLÈMES DÉCISIFS A RÉSOUDRE EN VUE D'ASSAINISSEMENT DE NOTRE CHAMP, CERTAINS RELÈVENT DE LA CONCEPTION GÉNÉRALE DE LA PSYCHIATRIE ET DE SA PLACE DANS LA SOCIÉTÉ, COMME :

1 La redéfinition de la mission de la psychiatrie, précisément du côté de la commande sociale et du droit, dans le strict respect de son éthique

Il s'agira bien là de remettre au clair les missions de soins dévolues à la psychiatrie, qu'il importe de bien dégager de toute intention de contrôle social des populations déviantes ; il s'agira également de repenser l'ensemble des problèmes liés aux soins sans consentement, qu'il faut sans doute accepter comme légitimes et inévitables dans certains cas (et seulement dans ceux-là), notamment du fait de la mise en danger liée aux troubles, et éclairer soigneusement le droit à partir de cette réalité. Dans cet esprit, il serait peut-être utile d'inventer une notion comme « le droit à être contraint en situation de mise en danger », comme modalité quelque fois décisive d'accès aux soins, ce dont

nombre d'avocats ou de juges n'a pas encore bien notion, s'en tenant à une lecture formelle d'un dossier, sans suffisamment s'intéresser à la consistance du besoin de soins de la personne contrainte, dont la vulnérabilité est une affaire à partager par tous.

Autrement dit, un réexamen (comme cela était prévu initialement) voire une refonte de la loi de 2011 paraissent incontournables.

Et elle nous paraît absolument prioritaire, en tant que tout ce qui a trait à la contrainte dans notre domaine constitue une source intarissable de dé-légitimation de l'ensemble des pratiques de la psychiatrie, et de stigmatisation de tous ses acteurs.

Une telle entreprise est susceptible de déboucher sur des adaptations capables d'enrayer la croissance inexorable des soins sans consentement, un des paradoxes des « progrès » produits par le nouvel arsenal juridique.

2 L'amélioration de l'insertion de la psychiatrie et de la santé mentale dans l'ensemble des acteurs de la sphère administrative, sociale ou politique locale

Si le traitement des troubles psychiatriques échoit aux psychiatres et aux équipes de soins, l'aide aux personnes atteintes ne relève pas que de leur seule responsabilité ; et notamment les questions de santé mentale nous paraissent devoir être l'affaire de tous les citoyens, mais peut-être en priorité de tous ceux qui ont une charge dans le bon fonctionnement de la cité, que ce soit dans des tâches de gestion administrative, de maintien de l'ordre public, de protection des populations, ou d'assistance en général.

Autrement dit, il serait question de réfléchir à la façon de mieux partager le souci du soin psychique et de la santé mentale (on en voit un exemple dans le développement des programmes dits de « premier secours en santé mentale »), et d'inclure la protection des malades psychiques dans la responsabilité de tous les acteurs (évolution peut-être nécessaire de la doctrine des forces de police, qui se refusent à prendre leur part de responsabilité dans le recherche de malades psychiatriques en fugue, ce qu'elles acceptent de faire quand il s'agit de patients déments, par exemple).

Une des pistes pourrait consister en la généralisation de structures comme les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM, dont le précurseur appelé Conseil de Secteur était déjà inclus dans le Livre Blanc de la Psychiatrie il y a près de 20 ans...), incluant les élus et responsables locaux en tout cas, et l'ensemble des professionnels de la santé, du médico-social et du social (à condition toutefois qu'ils ne se transforment pas en mégastructure empesée de contraintes administratives, évidemment, ce qui suppose qu'il s'adresse à un territoire limité).

3 Les problèmes liés à la démographie des professionnels et à l'évolution de leur métier

On a déjà évoqué les nombreuses vacances de postes hospitaliers, à temps plein et plus encore à temps partiel, ou encore le prochain départ massif à la retraite de nombreux psychiatres libéraux, dont la disponibilité avait déjà atteint la saturation depuis longtemps, en dehors des grandes agglomérations.

Or, c'est un fait dont l'impact risque d'être considérable : déjà le manque de psychiatres devient dramatique dès qu'on s'éloigne des grandes villes, mais surtout, on ne voit pas comment les mêmes psychiatres pourraient absorber encore les nouvelles dispositions dont on sait qu'elles sont presque toujours de redoutables usines à gaz chronophages, à moins que de délaisser largement les patients (voire plus loin la problématique du temps clinique disponible).

Et la promotion de la téléconsultation paraît une fois de plus de l'ordre de l'effet d'annonce, d'autant plus séduisant qu'il recourt au numérique, alors qu'il ne va en aucune manière créer du temps de disponibilité de psychiatre...

Comme la formation de nouveaux psychiatres est une affaire de longue haleine, il est probable qu'une certaine redistribution des compétences et responsabilités va devoir être recherchée, et sans doute via la création de nouveaux métiers en psychiatrie et santé mentale.

Certes, le chantier des pratiques infirmières avancées est désormais bien lancé, mais il ne saurait à lui seul résoudre le problème démographique : d'autres métiers existants devront sans doute être mis à contribution (les psychologues, par exemple), des nouveaux profils sont peut-être à créer et à installer statutairement (les gestionnaires de cas, ou « case-managers », par exemple), et enfin l'intégration des usagers sur le modèle de la « pair-aide » est également à concevoir.

En parallèle sera-t-il sans doute utile de repenser l'articulation de l'ensemble des intervenants dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, dans des structures genre CLSM comme nous l'avons évoqué plus haut, ou peut-être CPT (Communauté Psychiatrique de Territoire).

Enfin, on ne peut passer sous silence la nécessité absolue de sortir l'expertise médico-légale du paradoxe total qu'on lui inflige, en recourant de plus en plus à ce service en toutes circonstances, mais en ne donnant pas de statut et de rémunération décente aux mêmes experts, démontrant bien la profonde ambivalence que l'État peut entretenir à l'endroit des psychiatres.

4 Les questions de formation initiale et continue, de la représentation et de l'indépendance professionnelle des psychiatres

Une des réalités du paysage psychiatrique contemporain réside dans le clivage entre sous-groupes de praticiens, évoluant chacun dans un monde assez étanche à celui des autres : ainsi notamment, universitaires, hospitaliers et libéraux ont peu de points de convergence de leurs pratiques, et se sont dotés pour la plupart de structures représentatives différentes, de moins en moins rassemblées, dans des organismes incomplets, instables ou fragilisés par leur manque de financement (comme le CNPP, notamment, Conseil National Professionnel de la Psychiatrie).

D'un autre côté, les pouvoirs publics utilisent sans doute l'hétérogénéité des références et des convictions thérapeutiques consubstantielle au champ de la psychiatrie pour justifier des processus de concertation eux-mêmes clivants, ou bien entretient l'habitude bien rodée de créer un énième organisme (les qualificatifs d'observatoire ou de haut conseil à telle ou telle problématique fleurissent en toute saison...), aboutissant à une myriade de sous-traitants de tout ordre.

Enfin, on ne peut que constater avec le plus grand regret combien la formation continue s'est enlisée dans la commande d'état, via des procédures de plus en plus opaques et lourdes : monter un projet de formation continue (DPC) relève aujourd'hui de la gageure, si une équipe de professionnels ne se consacre pas exclusivement à la chose, et le résultat reste tout à fait aléatoire pour ne pas dire arbitraire...

Les questions de formation devraient pouvoir être posées selon quelques axes ainsi définis :

- *Une formation initiale organisée par l'université, mais avec des contributions à l'enseignement portées par des hospitaliers, des libéraux et des usagers*
- *Une formation continue respectant réellement l'indépendance professionnelle des psychiatres à ce niveau*
- *Le tout dans un climat d'allègement des procédures, le système actuel ne pouvant aboutir qu'à la répétition du même, sans ouverture à la moindre innovation.*

Enfin, il serait salutaire d'avancer sur les questions de représentation professionnelle et de transparence des circuits de concertation et de décision, tant la situation paraît aujourd'hui placée sous le signe du chaos brownien, avec une multitude d'organismes ou organisations qui semblent autant de scories de l'histoire...

5 L'absolue nécessité de se préoccuper de l'état de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Que ce soit dans les inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ou dans les consultations privées, la disponibilité des professionnels s'est tarie à un point dramatique, allant parfois jusqu'à l'assèchement total, lié à la fermeture progressive des cabinets de ville ou à l'engorgement des CMP et autres lieux de consultation ambulatoire.

L'ampleur des problèmes est telle qu'elle mériterait à elle seule un recensement détaillé des nécessités.

Sur ce point, on n'est pas loin de l'urgence absolue !

B. UN DEUXIÈME NIVEAU DE PRÉOCCUPATIONS CONCERNE LES ASPECTS FONCTIONNELS DU TRAVAIL, NOTAMMENT EN PSYCHIATRIE PUBLIQUE, L'EXERCICE PRIVE PARRAISANT ENCORE POUVOIR ÉCHAPPER A NOMBRE D'ENTRAVES ; PARMIS LES PROBLÈMES LES PLUS ÉVIDENTS :

1 La ré-interrogation des critères de qualité dans le champ de la psychiatrie

De cette priorité se dégagent toutes les autres que nous pouvons énoncer par la suite : définir ce qui fait qualité dans notre champ est une question des plus difficiles, source de débats et de désaccords au sein de la profession, voire de clivages néfastes.

Mais si personne ne conteste que la psychiatrie est une partie du champ de la médecine, la question des critères d'évaluation dans notre domaine ouvre sur une complexité inédite, qu'il serait malvenu de négliger, ne serait-ce l'étroite dépendance à la parole recueillie pour la collection des données, donc aux modalités de relation avec le patient, dans l'instant et dans le temps.

Le début de dialogue instauré notamment avec la HAS à ce sujet il y a quelques années est resté en suspens, malheureusement, et il pourrait être salutaire de le relancer.

2 La nécessaire restauration d'un temps clinique disponible suffisant (TCD)

La polémique sur le nombre de psychiatres en France est fréquente, probablement issue de la méconnaissance de cette question du temps clinique disponible, c'est-à-dire du temps effectivement consacré à l'entretien avec les patients et leur entourage, ainsi que le temps de réflexion clinique nécessaire à l'analyse des éléments recueillis.

Ce qui paraît évident en pratique de psychiatrie publique notamment, c'est que le temps des psychiatres est largement ponctionné par de nombreuses tâches non directement cliniques, comme celles de rédaction devant l'ordinateur, ou encore de réunions administratives diverses.

L'exemple le plus évident est celui des pièces à réunir dans un dossier de soins sans consentement, pour lequel plusieurs dizaines de documents doivent être rassemblées à chaque fois avant l'audience du JLD, avec une pression de plus en plus forte sur le choix des termes des certificats, par exemple, point sur lequel le principe du soupçon à l'égard des praticiens se focalise particulièrement.

Et le traitement administratif d'une demande ou d'une hospitalisation à la demande d'un représentant de l'État peut absorber aisément plusieurs demi-journées de travail de psychiatre, et des journées entières de cadre de santé... et on ne fera qu'évoquer la démultiplication du problème si la personne concernée a dû passer par la chambre de soins intensifs (CSI) !

Par ailleurs, on ne peut que s'inquiéter de l'évolution récente de l'organisation de la psychiatrie, non pas en termes de pertinence, mais en termes de mobilisation de temps médical notamment, pour la

constitution de dossiers divers, la participation aux nombreuses réunions qui vont avec, ou encore la rédaction de rapports, projets ou autres évaluations.

3 La nécessaire restauration du temps d'élaboration clinique partagée (TECP)

En pratique de secteur, la qualité des soins est directement corrélée au travail d'élaboration commune entre les divers professionnels de santé qui constituent l'équipe, mais aussi avec les parfois nombreux intervenants extérieurs, soignants ou pas, qui sont concernés par une situation.

Or ce temps est aujourd'hui largement amputé, sur le plan quantitatif par la réduction des effectifs médicaux et la mobilisation importante des cadres infirmiers dans des réunions et activités autonomes, sur le plan qualitatif par la formalisation envahissante des pratiques, dont l'effet est souvent de brider la parole, voire de la rendre inopérante.

On touche là très précisément un exemple des effets paradoxaux de l'installation de démarches qualité pleines de bonnes intentions, sans doute, mais qui s'annihilent d'elles-mêmes par le contrôle souvent tatillon qu'elles véhiculent et par le versement disproportionné dans une culture de l'écrit.

Or c'est le maillage par la parole partagée entre les professionnels qui est l'élément décisif du soin et de l'accompagnement, surtout pour les patients difficiles ou les situations complexes, et il serait très grave pour le soin en psychiatrie en général qu'on entretienne une situation dans laquelle on soigne plus les dossiers que les malades, en quelque sorte...

4 Le nécessaire allègement de la charge des multiples procédures et de la graphorrhée

C'est sans doute un élément décisif pour une évolution dans le sens du soulagement des équipes de soins et de la réinstallation de la psychiatrie dans un climat favorable ; mais c'est sans doute aussi celui dont on peut craindre qu'il n'aboutisse pas, tant la culture de la procédure, de l'écrit, du contrôle, de fait, s'est installée désormais comme une évidence faussement corrélée à l'idée de qualité.

Notre époque nous a sournoisement convaincus, malheureusement, que seul existe ce qui est écrit, la traçabilité est devenue une valeur sacralisée : mais dans le même temps, la parole a été totalement dévalorisée, et la confiance gravement minée au sein des équipes, ce qui constitue une source majeure du malaise dans la psychiatrie.

Il serait salutaire que les professionnels attachés à la définition de la qualité en général prennent acte d'une quantité d'effets paradoxaux du style de démarche qui aujourd'hui prévaut : il suffirait par exemple d'évaluer l'impact réel en tant que bénéfice-patient de nombreuses instructions ou recommandations par trop théoriques et/ou idéalisantes, qui n'aboutissent trop souvent qu'à une immobilisation de temps-soignant à des vérifications administratives, et à une perte de temps clinique évoqué plus haut.

5 Des conditions d'accueil et de traitement des urgences à repenser

La question des urgences est devenue un souci endémique, et la psychiatrie n'échappe pas à une évolution qui touche l'ensemble de la pratique médicale : aller aux urgences est devenu pour la population un réflexe évident, et sans doute pas que pour des questions de disponibilité des professionnels ou de commodité, nous sommes dans une société de l'urgence, fausse le plus souvent...

Mais les modalités de l'accueil et du traitement psychiatrique des patients dans la plupart des hôpitaux sont à notre avis une source majeure de difficultés : généralement, les conditions pratiques de l'accueil en urgence consistent en un entretien clinique très inconfortable dans un bureau minuscule (souvent borgne), réalisé par un seul praticien psychiatre, et n'offrant que très rarement

des possibilités de soins élargis (recevoir une famille, revoir le patient dans la journée, proposer des entretiens infirmiers, etc.).

Par ailleurs, le problème endémique de la carence de lits d'hospitalisation n'est sans doute pas pour rien dans la tendance à l'inflation des décisions de soins sans consentement, comme manière de tenter de résoudre le problème.

Il nous paraît donc impératif et urgent, c'est le cas de le dire, de repenser les conditions d'accueil et de soins à ce stade, dans l'idée que cet accueil ne devrait pas être qu'une opération de tri et d'orientation, et qu'un dispositif adapté tourné vers le soin ambulatoire répété, voire une forme d'hospitalisation à domicile, serait tout à fait propice à une réduction de l'engorgement hospitalier, et à une amélioration générale du service rendu pour les patients et familles.

On pourrait peut-être imaginer des dispositifs bien organisés d'accueil et de soins aux urgences, couplés à une possibilité d'intervention en mobilité, par exemple.

6 La nécessité de repenser les actions extrahospitalières de prévention et de dépistage en amont de la décompensation, de soin et d'accompagnement

La situation de nombre de secteurs en termes de pénurie de personnel et de moyens est telle que trop souvent, les actions extrahospitalières sont plus ou moins entamées par la nécessité de combler les manques par trop flagrants dans les services d'hospitalisation à temps complet.

En parallèle, on sait la problématique de surcharge de travail dans les CMP, où le rythme des consultations est parfois stakhanoviste et les temps de réflexion et d'adaptation des prises en charge comprimés de fait.

Or, la régularité et la qualité des suivis ambulatoires, sous toutes ses formes est déterminante pour la continuité de soins variés, qui seuls permettent d'organiser la contenance nécessaire à des patients lourdement atteints.

On sait par ailleurs aujourd'hui l'intérêt potentiel des actions de prise de contact sur le terrain auprès de personnes en « risque de décompensation », avant que celle-ci ne survienne : encore faut-il que de tels dispositifs soient conçus et installés...

7 Un indispensable effort à faire sur le plan de l'architecture des services

Le scandale de l'isolement et de la contention a profondément secoué le monde de la psychiatrie et la société en général ; et de nombreuses mesures et initiatives ont été prises depuis, dans le sens de la résorption de ces pratiques.

Mais il reste encore bien du chemin à faire, et pas seulement à ce niveau : trop souvent, les conditions matérielles de l'hospitalisation restent déplorables, faute d'une architecture adaptée, et impactent fortement le vécu du séjour par les patients ou par leur entourage, souvent traumatique. Il est certain que la résolution de ce problème nécessiterait des investissements considérables, en termes de conception aussi bien qu'en termes financiers, mais son intérêt saute aux yeux, lorsque l'on voit le fossé énorme qui peut exister entre des services anciens mal conçus et anxiogènes de ce fait, et la qualité perçue dans des services « modernes » qui ont pu penser les espaces de soins et de vie pour les patients.

8 La nécessaire amélioration des conditions d'exercice en pratique libérale

Depuis des années, la psychiatrie libérale porte une revendication de revalorisation tarifaire, qui n'a été que très peu reçue et satisfaite, alors que le niveau de la consultation de psychiatre est en France bien inférieur à celui atteint dans la plupart des autres pays européens.

L'effet de cette réalité est clair, la rémunération des psychiatres en France est parmi les plus basses des spécialités, compromettant l'installation de nouveaux praticiens, surtout dans les villes où le coût de l'immobilier est devenu prohibitif pour l'exercice en secteur 1.

Par ailleurs, les incitations à la concertation avec les autres professionnels de santé en vue d'améliorer la « fluidité des parcours de soin » laissent notoirement sous silence la question de la rétribution des praticiens pour cette tâche.

Là encore, un chantier de réelle concertation serait à ouvrir, en vue de résoudre les problèmes de l'exercice libéral.

CONCLUSION

Nous ne sommes sans doute pas vraiment sortis de cette longue période à dominante technocratique, durant laquelle il a paru évident aux autorités qu'en tout domaine, le principe de la réorganisation centralisée et de la procédure détaillée écrite prévalait sur tout autre, dès lors que les objectifs d'économie, de qualité et de sécurité des soins étaient visés.

Mais ce qui vaut pour la production industrielle ne saurait s'appliquer de la même manière partout, et sans doute que dans le domaine des soins psychiatriques, la grande complexité rencontrée, tout comme les particularités de chaque personne, contraignent à concéder de la distance par rapport à l'idée d'une vérité unique produite essentiellement par des « sciences dures » et des routines formalisées : chaque patient nous rappelle tôt ou tard à l'ordre dans le cas contraire...

De même, les questions de sécurité au plan sociétal ont pris trop souvent le souci de la citoyenneté et de l'indépendance des professionnels, aboutissant souvent à des effets paradoxaux.

Devant cette réalité d'une discipline toujours prise dans un profond marasme, il nous paraîtrait indispensable de réintroduire une volonté politique forte, apte à faire réellement évoluer notre champ, et dans cette perspective, une restauration de la psychiatrie dans ses spécificités est un préalable indispensable.

Et cette politique ne devrait pas être autre chose que de définir la manière dont la société dans son ensemble et chaque citoyen en particulier prennent en compte la vulnérabilité symbolique de la psychiatrie et son besoin incontournable de temps d'écoute et de parole, avec toute la difficulté de la tâche.

* * * * *