



Feuille de route santé mentale et psychiatrie : des méthodes innovantes pour mieux avaler les couleuvres

Communiqué du 3 juillet 2018

Une fois jetées aux oubliettes les réserves émises par la Miviludes sur la méditation, et maintenant qu'un lobbying efficace met en scène des députés en burn-out à l'Assemblée Nationale testant les bienfaits du mindfulness, la Ministre de la Santé s'autorise à donner aux professionnels de la psychiatrie une leçon de modernité avec une stratégie nationale de santé mentale qui inscrit la pleine conscience en première action de sa feuille de route.

> Aussi intéressant que soit le recours aux groupes de pairs ou à l'empowerment pour revaloriser la place du sujet dans le système de santé, il ne faut pas mésestimer l'avantage qu'il y a pour un gouvernement à promouvoir l'acquisition par l'utilisateur de ses propres compétences psychosociales : cette exploitation de la tendance lui permet de s'affranchir sans frais du rôle que l'Etat devrait jouer sur les facteurs extérieurs de bien-être et dans les missions de service public. Il est alors naturel d'en proposer l'usage, comme dans cette action n°1, aux domaines régaliens de l'éducation et de la justice.

> Appliquée à la situation actuelle de la psychiatrie publique, la présentation le 28 juin de ces 37 actions qui avaient été annoncées en janvier comme « mesures d'urgence » pour une « discipline d'avenir », permet au ministère de se défausser face aux attentes des soignants. Peu importe qu'un diagnostic partagé mobilise depuis des mois et sur tout le territoire (le Havre, Rouen, Montpellier, Amiens, Toulouse, Rennes, etc.) les hôpitaux qui demandent des conditions de travail et de soins plus dignes. Face à la nécessité de répondre à l'inflation des besoins de la population, la démotivation des professionnels confrontés à l'absentéisme et aux vacances de postes, aux effets non anticipés d'une démographie médicale vieillissante, à la perte d'attractivité de la fonction hospitalière, à la contrainte pour les hôpitaux de fermer des structures pour redistribuer des moyens rationnés, ne trouvera pas son dénouement dans la feuille de route.

> Le message que la Ministre tient à faire passer, c'est que les hôpitaux psychiatriques doivent rentrer dans les GHT, et les directeurs récalcitrants comme dans la Sarthe savent ce qu'ils risquent. Son argument est que la psychiatrie tient sa voie d'avenir dans un rapprochement avec la médecine somatique : voilà tranché le débat millénaire sur les relations entre corps et esprit. Peu importe que des voix dissonantes se fassent entendre sur les bienfaits prétendus de ces mégastructures hospitalières que sont les GHT, créés pour la rationalisation des dépenses publiques : les manques de moyens s'y font aussi entendre et l'hospitalo-centrisme qui les structure contient la contradiction fondamentale pour la psychiatrie de ne pas inciter aux soins ambulatoires que l'organisation du secteur avait pourtant conçus. Privée de spécificité, la psychiatrie que dessine la feuille de route de santé mentale, n'a même plus de communautés psychiatriques de territoire, dernier bastion d'un parcours de soins coordonnés spécifiques que la loi de santé avait bien voulu reconnaître.

> Pour pallier la dégradation des conditions de travail d'une discipline basée sur la relation, mais dissuadée de recourir à la psychopathologie et encore plus à la psychanalyse, les professionnels et les patients devront espérer dans des clusters QVT (action n°2), dans la santé mentale 3.0 (action n°7), dans de futurs cahiers des charges (action n°9), dans la télémédecine (action n°10) et dans des indicateurs HAS pour «

renforcer la logique de la preuve » (action n°29). Comme preuve que les professionnels ont été entendus, la ministre annonce sommairement la préservation des budgets de la psychiatrie (action n°31), et peu importe que les plans d'économie pour la santé soient déjà mis en œuvre (1,2 milliards sur la masse salariale des hôpitaux d'ici 2022). La psychiatrie générale pourra tenter de se reconforter en sachant que les prises en charges spécialisées qui ont la faveur présidentielle, comme le psychotraumatisme, seront encouragées.

> Mais il existe un domaine spécifique à la psychiatrie qui semble résister aux mesures innovantes : la contrainte aux soins et l'assimilation des troubles psychiatriques à la dangerosité. Alors que la dernière réforme spécifique qui lui a été appliquée n'a que 5 ans, la psychiatrie publique doit recevoir un nombre de soins sans consentement qui ne fléchit pas, et l'action n°22 de la feuille de route sur le sujet n'esquisse pas l'ombre d'une solution. Pour les détenus, l'action n°21 annonce la 2e tranche de construction des UHSA sans attendre le bilan de la 1ère tranche; mais on sait déjà que, comme pour les UMD (Rouen), y préserver, recruter des psychiatres ou assurer les gardes médicales (Marseille) n'est pas chose aisée.

> Comme dans les plans de santé mentale précédents, et encore récemment dans le rapport Robiliard, la déstigmatisation des troubles psychiatriques dans la population générale est visée par plusieurs actions de cette feuille de route. Cet objectif souffre quand-même une contradiction avec le fait que la Ministre signe le décret du 23 mai pour renforcer le fichage des personnes hospitalisées sans consentement, toutes mesures confondues. Même si elle tente de le faire passer pour une simple mesure administrative garantie par les médecins des ARS, ce décret signé par le Premier Ministre constitue l'une des mesures de son plan national de prévention de la radicalisation et du terrorisme : l'extension de la durée de conservation des données à 3 ans après la fin de la mesure de soins sans consentement n'est pas conforme à la finalité annoncée en tête de décret, et constitue un abus. Ceux qui se sont déjà exprimés pour réclamer l'hospitalisation d'office en psychiatrie des personnes radicalisées, peuvent se sentir encouragés. Déjà, les pressions préfectorales s'appliquent silencieusement dans les établissements pour restreindre les sorties des patients, et des instructions ont été données aux directeurs pour transmettre aux préfets des informations sur des personnes dont ils n'ont pourtant pas légalement à contrôler les mesures de soins. La Direction Générale de la Sécurité Intérieure quant à elle, ne s'embarrasse pas des principes de secret professionnel, en s'autorisant à demander directement aux directeurs des renseignements sur les personnes hospitalisées en psychiatrie. Comme si les établissements psychiatriques n'étaient que de simples administrations. Comme si le simple fait d'être hospitalisé en psychiatrie faisait perdre à une personne son statut de citoyen.

> Le Contrôleur des Lieux de Privation de Liberté et le Défenseur des Droits trouveraient là matière à enquêter sur les abus sécuritaires en psychiatrie publique. Et pour les professionnels, si les référentiels HAS sont la réponse, il y a urgence à en produire sur les bonnes pratiques pour répondre aux injonctions contradictoires.

> En fait de plan pour que la psychiatrie ne soit plus « le parent pauvre de la médecine », la feuille de route santé mentale et psychiatrie réactualise surtout l'artifice et le clivage entre une santé mentale revitalisée par les conceptions ayant les faveurs du moment, et la psychiatrie publique recroquevillée avec ses patients sous le poids des clichés, des restrictions budgétaires et des réflexes de contrôle sécuritaire.

> Malgré une activité croissante et 2 millions de personnes suivies, la psychiatrie publique n'a droit qu'à des mesures bien légères. A moins d'avoir pour projet qu'elle soit destinée à recréer les pavillons de force dont la seule modernité serait d'être inclus dans des GHT, la Ministre de la santé serait bien inspirée de se souvenir que la santé mentale ne peut se passer de la psychiatrie et que pour répondre à l'importance des enjeux, il faut lui en donner les moyens.