

L'ACTUALITE DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

La psychiatrie publique est actuellement en grand danger. Par-delà l'étranglement budgétaire sans précédent, la crise démographique et institutionnelle, les dernières nouvelles et mesures récentes concernant la psychiatrie publique nous incite à lancer un grand cri d'alarme.

Qu'on en juge :

- D'abord les annonces de Madame la Ministre de la Santé le 28 juin 2018 :
- Création d'un comité stratégique de santé mentale et de psychiatrie comprenant un nombre dérisoire de psychiatre et une aréopage de représentant d'institution diverse à l'exception de la conférence des présidents de CME de CHS et de nos syndicats, alors qu'il existe déjà un comité de pilotage de la psychiatrie coprésidé par Madame le DGOS et notre collègue Y. Halimi.
- Mise en avant de quelques missions spécifiques santé au travail, psycho traumatisme etc... à peu près rien sur les pathologies les plus fréquentes, sévère et chronique ou encore la psychiatrie sociale qui est notre lot quotidien.
- Mise en avant de certaines institutions avec missions déléguées au médico-social, aux pairs aidant, aux proches, aux libéraux, aux psychologues et quasiment rien sur le secteur.
- Des propositions faites pour la prévention qui sont d'une banalité déconcertante.
- L'annonce de la préservation des moyens de la psychiatrie, alors que dans les faits cette préservation n'est vérifiée nulle part.
- Très concrètement et au quotidien nous constatons :

- Une mise en avant du médico-social (qui ne nous pose aucun problème en tant que tel) se fait dans un contexte, de réduction plus ou moins camouflée des budgets de la psychiatrie (la DAF psychiatrie est bloquée depuis plus de 8 ans, alors que tous les budgets ont été augmentés, d'après la cour des comptes). Et de nombreux exemples régionaux montrent des tentatives de glissement budgétaire de la psychiatrie publique vers le médico-social.
- Une consternante focalisation du média et du politique sur la mesure de contraintes et de sécurité laissant entendre que la psychiatrie pourrait se réduire à la gestion de la dangerosité et le ferait de façon archaïque, voir arbitraire.
- Un refus de plus en plus marqué, appuyé par la Ministre elle-même dans ses déclarations à la presse d'accepter la spécificité de la psychiatrie, plutôt que de positionner des GHT dédiés à la psychiatrie ou des communautés psychiatriques de territoire, on constate une volonté marquée de ne plus accepter de dérogation à la psychiatrie et d'intégrer celle-ci dans des GHT polyvalentes (ou comme la psychiatrie à l'hôpital général, elle pourrait discrètement et régulièrement être dépouillée en faveur de discipline plus noble ou carrément pour combler les déficits).

Nous refusons toutes ces évolutions dramatiques et proclamons la psychiatrie publique en danger.

Nous appelons à la mobilisation dès la rentrée, dans le cadre de l'IDEPP, de la CMH, de Convergence HP ou bien encore en intersyndicale psychiatrique publique.



« ALLER VERS ... » EN PSYCHIATRIE L'OPPOSÉ DE LA SUFFISANCE DU « VOIR VENIR... » !

Dr Alain MERCUEL,
**Chef de Pôle inter établissement « GHT-Psychiatrie-Précarité »
du GHT Paris - Psychiatrie & Neurosciences**


La circulaire de mars 1960 mettant en place la politique de secteur et celle de mars 1990 ont posé les bases et les valeurs du dispositif.

Elles insistent sur la polyvalence des équipes pluridisciplinaires et leur vocation à répondre à toute demande du corps social concernant la souffrance psychique des personnes qui le composent. La psychiatrie de secteur s'est donc positionnée d'emblée comme une psychiatrie d'accueils, de parcours, d'accompagnements. Elle assure des consultations les plus ouvertes possibles dans les Centres Médico-Psychologiques, véritable pivot de la pratique de secteur psychiatrique, et non pas l'hôpital comme on l'imagine trop souvent encore. Le CMP représente par cette ouverture le premier pas de l'aller vers en psychiatrie de secteur. Le second pas est celui vers la Cité dans son ensemble avec notamment toutes les structures sanitaires, sociales et médico-sociales, qui y sont implantées et dans lesquelles les patients déjà suivis - ou pas - par la psychiatrie, ou ayant besoin de soins psychiatriques, peuvent y être rencontrés :

- ➔ en hôpital général dans les services généraux (des urgences à la psychiatrie dite de liaison)
- ➔ en établissement spécialisé tel que les EHPAD par exemple
- ➔ en milieu pénitentiaire
- ➔ dans les structures d'aval d'une hospitalisation, à visée de stabilisa-

tion, de réinsertion, de réhabilitation. ➔ quel que soit le lieu où les besoins de ces personnes s'expriment ou sont repérés.

Plus encore certains Secteurs initient des permanences délocalisées (Mairies, Centres associatifs, bus de consultations ...) ou encore des actions d'aller vers.

La dynamique d'aller vers est donc une forme de pratique qui, tout simplement, tente de réduire les inégalités d'accès aux soins, ce que la psychiatrie n'a pas su réaliser suffisamment malgré le postulat initial : pas de discrimination ! Autrement dit : « En cas de besoin, si tu ne viens pas au Secteur, le Secteur ira à toi ! »

Plus précisément l'aller vers est une pratique basée sur une décision médicale et paramédicale, portée bien souvent par les acteurs de pratiques avancées. Or si c'est une décision, pour ne pas dire une prescription, cela suppose donc qu'il y ait des indications et en corollaire des contre-indications. Des indications paraissent évidentes :

- ➔ aller vers tout lieu de vie lorsque la personne ne peut venir sur un lieu de consultation, et ce quelles qu'en soient les raisons :
- ➔ impossibilité physique ou psychique (refus, déni, ...)
- ➔ lors de situations cliniques de non-demande (enfants, adolescents reclus, personnes âgées, Diogène, états d'inhibition, ...)
- ➔ lorsqu'un tiers ne peut accompagner la personne en souffrance...
- ➔ aller vers lorsqu'il semble important de prendre en compte l'environnement réel et le contexte entourant les aspects cliniques :
- ➔ évaluation sociale et élargissement des acteurs possibles

- ➔ maintien sur le lieu de vie et prévention des phénomènes d'exclusion/expulsion des lieux de vie, de soins ou d'accompagnements concernés.
- ➔ aller vers des populations plus spécifiques et en difficulté d'accès aux soins offerts : gens du voyage, toxicomanes, prostituées, jeunes en errance, SDF et grands exclus, précaires, migrants, ...

Les contraindications pourraient se résumer à toute situation risquant la mise en danger de soi ou d'autrui (patient, entourage, équipe, partenaires, ...) : persécuté désigné, patient armé, etc... Dans ce cas l'aller vers n'est pas interrompu mais requiert l'intervention d'autres dispositifs que le seul Secteur.

Aller vers, pourquoi ? En psychiatrie il s'agit bien souvent de s'approcher des personnes pour en distinguer la nécessité d'instaurer un soin. Vaste débat sur le fait que ces premières rencontres modèlent un temps pré-thérapeutique et que derrière ce prendre soin s'installe déjà du soin. L'aller vers les personnes en souffrance psychique compose cette pratique facilitante qui consiste à provoquer la rencontre, à tenir le lien pour au minimum décoder une demande implicite et au mieux faire formuler une demande explicite, puis si possible poursuivre par un accompagnement vers des lieux où des soins sont offerts. En ce sens, ce pourrait être aussi, et pourquoi pas, un groupe homogène de pratique... L'objectif étant de faire accéder aux soins de droit commun ceux qui n'y arrivent pas d'eux-mêmes. La psychiatrie publique se doit d'aller vers car c'est à elle qu'échoit le constat de la souffrance psychique ressentie par une personne et que son apaisement relève de la psychiatrie. Les pratiques d'aller vers pour « maintenir un lien » crispent les adeptes d'une « extrême » neutralité de l'éthique.

Ceux-là balaient cette démarche proactive d'un « C'est leur choix ! Foutez-leur la paix ! » ou encore d'un diktat de l'autonomie par « l'homme est libre ». Certes... mais la folie aliène d'abord. Les théories, les dogmes et les positions idéologiques éloignent de la réalité du quotidien et du contact avec la souffrance psychique « en live ». La relation thérapeutique serait-elle si dangereuse lorsqu'elle serait portée initialement par les soignants ? A contrario, les interventionnistes de tous crins, par des actions non préparées, non annoncées ou non acceptées au moins par les acteurs partenaires, peuvent charrier des effets nocebo voire des effets iatrogènes (refus secondaire, vécu d'ingérence, fuite suicidaire, ...).

Ainsi l'aller vers n'a pas à échapper à l'évaluation de sa pertinence.

ALLER VERS, À QUELLE VITESSE ? Les demandes en urgence de la part du public entraînent avec elles celles des tiers porteurs de cette demande. Ces tiers influent sur la temporalité de l'aller vers, soit en freinant soit le plus souvent en tentant de l'accélérer. L'« urgentisation » du rapport au monde déteint. Il est incontestable que certaines situations cliniques nécessitent l'intervention d'urgence (15, 17, 18, 115, ...) et notre pays ne manque pas de dispositifs d'accès aux soins en urgence, ne serait-ce que par le drainage grâce à ces dispositifs vers les Services d'Accueil et d'Urgence où la psychiatrie de Secteur est bien souvent présente. Mais quid de Diogène dans la rue, d'un alcoolique chronique reclus au domicile, d'un adolescent hikikomori cloîtré et en retrait, ou encore d'un « blacklisté » des services suites à violences et transgressions ? C'est dans cette temporalité là que les liens de partenariat montrent leur efficacité, c'est-à-dire quand tel acteur de la cité (commissaire, commerçant, membre d'une association, citoyen engagé, ...) a repéré une personne qui l'inquiète sur le plan psychique et qu'il sollicite alors les équipes appropriées. En quelque sorte c'est un lanceur de fusée de détresse, autrement appelé « signaleur ». Dès lors peut se mettre en place conjointement avec ce signaleur une action d'aller vers, réfléchi, cohérente et coordonnée. Or la coordination des acteurs est bien le talon

d'Achille du Secteur. De fait l'aller vers se prépare. Autour d'une personne repérée, en souffrance médico-psycho-sociale, qui fait quoi, comment, pourquoi, pour qui, avec qui et pourquoi ? Une fois la réponse trouvée à toutes ces questions interdépendantes alors une décision commune peut être prise. Il ne s'agit donc pas d'établir une « maraude psychiatrique » pour, au hasard des rencontres, traquer la psychose à la rue comme en habitat, mais plutôt de répondre aux lanceurs de fusée de détresse de la Cité en allant vers eux.

ALLER VERS, JUSQU'OU ? Probablement jusqu'à la construction d'un espace commun qui serait donc à mettre en place afin que chaque intervenant, sanitaire et social, y trouve le minimum de sécurité d'action dans son travail de « professionnel », tout en apportant une énergie suffisante et constructive à la personne aidée. L'aller vers implique de trouver la bonne distance dans la relation ainsi créée ! Se tenir ni trop loin comme les théoriciens, ni trop près comme les « addicts » du sauvetage humanitaire. Ainsi l'aller vers devient une « fonction passerelle », un passage en accompagnement tout au long duquel sont informés, sensibilisés voire formés les intervenants. Tout ceci évite de perdre de vue ceux qui ont du mal à entrevoir leur avenir ou qui se détruisent à petits feux. La psychiatrie de Secteur est une psychiatrie interstitielle qui vient occuper tous les espaces vides d'écoute spécialisée afin de promouvoir un dépistage précoce des souffrances psychiques et de prévenir par ce fait les situations de crise et au-delà de limiter l'évolution vers des situations d'urgences psychiatriques. Cette psychiatrie interstitielle n'est pas réduite à un simple lieu transitionnel mais englobe toute la psychiatrie extrahospitalière (VAD, HAD, liaison, urgences, ...) et s'étend également à la psychiatrie que l'on pourrait qualifier de « sociale » : coordinations avec les services sociaux, participations aux Conseils Locaux de Santé Mentale, informations, formations et régulations (groupes Ballint, supervisions, interventions, ...)

ALLER VERS, AVEC QUELS MOYENS ? D'aucuns s'empressent de clamer que nous n'avons pas les moyens d'en faire plus... Est-ce bien « réseuable » ? Bien sûr les moyens d'une équipe plu-

ridisciplinaire, croisant les regards professionnels, est l'idéal mais comment répondre de façon coordonnée lorsque le secteur est débordé par les demandes ? Déjà certains hêlent les nouveaux métiers : du service civique aux médiateurs de santé-pairs en santé mentale ? Mais cela suppose une formation pour laquelle le temps imparti est prélevé sur les actions de soins. Dans un contexte où la psychiatrie de secteur tente de surnager avec une diminution sévère de ses moyens (restrictions budgétaires, pénurie des psychiatres, fermeture de lits sans création suffisante de structures alternatives), il ne reste plus alors qu'à élargir les dispositifs. Pour ce faire, le Secteur vise à aller vers aussi par la création de nouveaux partenariats équilibrés mettant en exergue des actions de réciprocité avec les acteurs sociaux (logement, emploi, culture, services sociaux, droits de l'homme, ...). Reste celui qui se considère comme toujours oublié : l'utilisateur ! Il faut bien reconnaître que le mouvement d'aller vers est plutôt initié par lui à destination du Secteur plutôt que l'inverse... Un exemple frappant est celui de l'évolution de la télémédecine en général et la télépsychiatrie en particulier : les patients formulent de plus en plus de demandes sur ce sujet, réclament des contacts épistolaires numériques avec les médecins, appellent aux consultations par internet, ... La télépsychiatrie sera certainement à l'avenir un des moyens de compenser l'absence... de moyens d'aller vers. Mais gardons présent dans nos pratiques que le lien entre les sujets est premier.

Bientôt âgé de 60 ans, le Secteur doit poursuivre son élan. Comment allons-nous l'y aider ? Peut-être, entre autres possibilités, celle de déployer plus encore l'aller vers, plus d'actions mobiles que d'équipes mobiles... Le Secteur démontre bien que la permanence du lien prévaut sur la permanence du lieu. Alors Secteur : bouge-toi !

IDEPP

RELANCE COTISATION IDEPP – 2018

Cher(e)s collègues

A notre connaissance, certains n'ont pas encore payé leur cotisation 2018 à l'IDEPP.

La conjoncture actuelle est très délicate et la profession est menacée voire attaquée de toute part, et pas uniquement le secteur mais toute la psychiatrie publique dans son ensemble.

Dans ces conditions, l'aide à nos diverses actions et notre efficacité passent par notre indépendance financière qui repose essentiellement sur les cotisations.

Si vous avez déjà payé votre cotisation 2018 veuillez ne pas tenir compte de cet appel, si non, nous vous demandons de payer votre cotisation 2018 à l'IDEPP le plus rapidement possible.

Amicalement



PRÉSIDENT :

Stéphane BOURCET



VICE-PRÉSIDENT :

Norbert SKURNIK



SECRETAIRES GÉNÉRAL :

Alain MERCUEL



SECRETAIRES ADJOINT :

Catherine BOITEUX



TRÉSORIER HONORAIRE :

Gilles VIDON



TRÉSORIÈRE :

Annie MSELLATI

BULLETIN DE COTISATION 2018

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Adresse Postale : _____

Téléphone : _____

Adresse Electronique : _____ @ _____

120€ PH temps Plein

60€ PH temps partiels et assistants

30€ Médecins Honoraires

200€ (ou plus) cotisation de soutien

50€ vacataires ou internes

Chèque à libeller à l'ordre de l'IDEPP et à retourner à la Trésorière :

Dr Annie MSELLATI, EPS Maison Blanche, site Bichat, 4, avenue de la Porte de Saint Ouen, 75018, Paris