

Contribution de la fédération Sud Santé Sociaux.

INTRODUCTION.

Il est de notoriété publique depuis plusieurs années que le secteur public de psychiatrie est en pleine crise.

C'est une crise qui était déjà en germe et s'est aggravée suite à la surexposition médiatique du double meurtre de Pau et son inconséquente exploitation à des fins de politique sécuritaire. L'image de la psychiatrie s'est retrouvée indissociablement liée à celle de la violence. C'était déjà une filière de soins en perte d'attractivité et ce phénomène a amplifié les difficultés de recrutement au niveau médical et infirmier (lui-même en crise démographique et culturelle). S'ajoutant à la perte de cohérence du dispositif liée à des années de restructuration pour cause de restrictions budgétaires, cela abouti a une situation où des personnes de plus en plus nombreuses en nécessité de soins sont abandonnées à l'errance ou « déplacées » vers les prisons.

Socialement, les économies budgétaires et les instrumentalisations politiques dont est l'objet le soin de secteur de psychiatrie publique finissent par coûter très cher.

I Enoncé de quelques spécificités.

Pour comprendre les problèmes rencontrés par le dispositif de soin en psychiatrie aujourd'hui il est nécessaire d'en connaître certaines spécificités.

Le soin en psychiatrie repose essentiellement sur les ressources humaines et sur des soignants requérant une formation spécifique. Plus de 80 % du budget d'un EPSM, établissement public en santé mentale organisant les soins de secteur psychiatrique, est consacré aux frais de personnel. (85 à 87% contre 70 à 75% pour les hôpitaux généraux).

En période de restriction économique en psychiatrie c'est le budget des ressources humaines qui est principalement la variable d'ajustement.

C'est aussi un soin dont l'activité est essentiellement extra hospitalière (90%).

C'est un soin, y compris dans son exercice hospitalier, qui s'adresse non à des patients alités, mais à des patients en mouvement, c'est du soin ambulatoire même en hospitalisation. La logique hospitalière, ses règles, ses normes et ses lois sont pour la plupart inadaptées aux soins psychiatriques. La dynamique de centralisation sur les hôpitaux généraux des services de psychiatrie promue par le rapport Massé est en ce sens une erreur. Les budgets demandés par ces services au sein d'un CHG ou d'un CHU ne font pas le poids en regard de l'urgence exprimée par les autres services pour l'attribution de moyens.

L'hospitalo-centrisme n'est pas une doctrine dans laquelle le soin en psychiatrie est miscible.

Une autre de ses spécificités, et non la moindre, c'est que bien plus que tout autre spécialité médicale il n'y a pas de courant théorique dont on puisse à tout coup prouver l'efficacité. En psychiatrie, il n'y a pas de certitude en termes de guérison, il n'y a ni protocole ni traitement qui y conduisent à coup sûr. C'est plus un soin d'accompagnement thérapeutique, le plus souvent au long cours, que d'actions thérapeutiques isolées et repérables. Il n'y a pas de prise en charge rapide et miraculeuse, il n'y a que des histoires humaines qui prennent leur temps propre.

Malheureusement, depuis des années, ce qui fait qu'une doctrine prime sur l'autre en psychiatrie aux yeux des décideurs c'est son moindre coût et sa capacité à être évaluée

économiquement, cela influe sur les pratiques. L'abandon des filières formatives spécifiques tant du côté médical (internat en psychiatrie) que paramédical (formation des infirmier de secteur psychiatrique) ont été en ce sens un facteur aggravant.

Enfin c'est un soin plus que tout autre soumis aux représentations sociales.

La politique menée sera fonction de l'image qui est donnée de la folie et non de la réalité des maladies psychiatriques avec pour preuve l'évolution carcérale du dispositif aujourd'hui.

Le soin en psychiatrie est donc avant tout affaire d'humains, de compétences, de relations et d'accompagnement, de temps et de réflexion collective, il s'élabore par la confrontation d'idées en équipe pluridisciplinaire. Il se développe avec d'autres réseaux, hôpital, médecine de ville, médico social, social, maisons de retraite... mais aussi par la sensibilisation d'autres acteurs, famille, entourage, et enfin par de l'information sur ce qu'est réellement le soin en psychiatrie d'intervenants confrontés en première ligne à certaines conséquences de la maladie mentale lors de décompensation : pompiers, SAMU, police, ...

Pour Sud Santé Sociaux, la politique de secteur, qui n'est certes pas aboutie et dont la réalité est inégale sur le territoire, reste un outil efficient dans l'organisation de la réponse sociale pour la prise en charge des maladies mentales. C'est un projet de société pertinent. Et sa mise en œuvre, là où elle a pu être appliquée a fait ses preuves.

Le soin de secteur en psychiatrie était l'illustration efficiente de ce qui était le dogme du service public à l'origine de sa création : l'obligation de moyens.

II Le secteur ; l'organisation des prises en charge, l'équipe, la démarche de soin, le réseau : « au risque des politiques économiques... »

Le secteur, une évolution inachevée.

Précurseur du soin en ambulatoire, du soin en réseau, le secteur de psychiatrie a toujours été le parent pauvre des enveloppes régionales des ARH. Pourtant, en quarante ans, plus des deux tiers de l'activité du soin en psychiatrie se sont extériorisés sur l'impulsion de cette politique. Ce mouvement d'externalisation des soins s'est réalisé dans un premier temps par redéploiement des moyens du dispositif historique vers la cité. Des réponses alternatives à l'hospitalisation ont pu se développer, offrant un étayage suffisant et induisant un moindre recours à l'hospitalisation traditionnelle.

Si dans un premier temps cette ouverture vers l'extérieur a été le fruit d'une politique de soins ambulatoire elle est vite devenu le prétexte à des décisions économiques autoritaires de suppressions de lits. A moyens constants puis décroissants, le mouvement de développement des soins extra hospitaliers a servi à des restructurations hospitalières en faisant des impasses :

- impasse sur des dispositifs nécessaires à l'harmonisation du soin sectorisé, fermetures trop hâtives ou arbitraires de structures, de lits, de dispositifs ou d'activités
- économie à outrance sur le dos des effectifs soignants

De trop nombreux lits ont été fermés alors que le dispositif en amont n'était pas suffisamment étayé pour proposer des alternatives à hauteur des besoins en utilisant maisons de retraite et structures médico-sociales comme déversoir du trop plein(patients

décrétés « inadéquats ») sans fondement clinique (autre que leur durée d'hospitalisation) ni projet réel.

La logique culturelle (hospitalocentriste) des directeurs d'hôpitaux et celle jacobiniste de la loi HPST sont à l'opposé de celle qui devrait administrer le réseau de soins à l'échelon départemental. Celle-ci devrait prendre la forme d'une conférence des secteurs. Ces secteurs travaillant en partenariat avec les collectivités locales et le tissu associatif pour évaluer les ressources, déterminer les besoins et mettre en œuvre les moyens. L'hôpital n'étant pensé dans ce dispositif que comme un outil.

L'organisation des prises en charge, un chaos en ébullition.

L'essentiel des économies de ces dernières années se sont donc faites sur le poste budgétaire le plus important en psychiatrie, celui des personnels en général et des soignants en particulier.

C'est par le jeu de ce double mouvement, l'éclatement des équipes dans des structures différenciées et la diminution globale des effectifs soignants associée à la diminution du nombre de lits, que les unités intra et extrahospitalières fonctionnent aujourd'hui au-delà du flux tendu.

A l'hôpital la pression à l'hospitalisation est forte et le recours à la contrainte devient le passeport pour l'admission. La nécessité du « turn over » fait pression sur les pratiques de soins et l'hospitalisation temps plein remplit de moins en moins son rôle dans le dispositif.

En ambulatoire le volume des demandes ne cesse de croître, abondé par un contexte économique et social précaire et angoissant qui fragilise une part plus grande de la population. Des usagers auparavant suivis dans le secteur libéral s'adressent par ailleurs au public faute de moyens financiers.

Certains centres médico-psychologiques sont déjà totalement saturés, imposant des délais d'attente de plusieurs mois à la consultation, en psychiatrie générale comme en pédopsychiatrie, parfaitement contraires à leurs obligations en matière de prévention et de prise en charge précoce.

L'équipe... en dissociation.

On constate ainsi une distension des liens entre les équipes et les pratiques qui fait éclater par endroit la notion même de secteur. Les personnels exerçant en intra hospitalier n'ont souvent plus guère conscience de travailler en équipe et en continuité à l'échelle d'un secteur. Au sein même des équipes, glissement de tâches et déqualification de postes font que le fonctionnement évolue sur une juxtaposition d'individus, de missions et de compétences et non plus sur une dynamique d'équipe pluridisciplinaire.

Les soignants en extra hospitalier ne savent parfois plus où s'adresser quand une des personnes dont le soin leur a été confié nécessite un temps et des conditions de prise en charge plus soutenus. Les démarches de soin individualisées au lieu de se développer dans la continuité et le respect de la singularité du patient ne sont de plus en plus que des réponses ponctuelles à l'émergence de symptômes qu'il faut réduire.

La démarche de soin ne se décline pas en succession de tâches...

Le mode de financement en usage va renforcer ce morcellement des soins et la perte de cohérence du dispositif sectoriel.

La tarification à l'activité, par le découpage en actes qu'elle suppose, n'est en effet opérante ni pour rendre compte de l'activité ni pour la financer.

Le découpage en séquences de soins et en actes ne tient pas compte de la réalité des pratiques où les actions de chaque professionnel s'entrecroisent plus qu'elles ne se succèdent dans un protocole préétabli. Chacun est amené à dépasser son strict champ de compétences pour accompagner le malade dans son parcours de soins en respectant ses investissements transférentiels.

L'impact de la T2A en MCO, nous le savons, est fortement restructurant (fermetures d'établissements, regroupements de service, spécialisation). La valorisation de l'hospitalisation temps plein et des actes médicaux en psychiatrie a pour effet d'écraser la réalité de l'activité. Quid des actes spécifiques développés par les infirmiers ? L'absence de reconnaissance d'une spécialité infirmière psychiatrique ou d'actes cliniques propres empêchent de fait la valorisation de leur activité (entretiens d'accueil et d'orientation, d'urgence, de suivi, accompagnements dans les actes de la vie quotidienne, prises en charge familiale, guidances médicamenteuses etc.).

Déjà imparfaits pour les soins généraux, en psychiatrie inutile d'envisager une DMS (durée moyenne de séjour) rattachée à une quelconque notion de GHM (groupe homogène de malades).

Plus que comptable d'un illusoire coût par pathologie, le financement du secteur de psychiatrie est un choix politique.

Il s'agit de donner des moyens à une équipe pluridisciplinaire en charge des soins sur un secteur donné. Ces moyens avaient été évalués et défendus par les équipes lors de la mise en place du SROSS de première génération et auraient pu servir de base à l'évolution du dispositif. Les SROSS suivants n'ont été que l'application à outrance des politiques de restructuration imposées par le ministère sans tenir compte des besoins et des suggestions exprimés par les professionnels.

Le réseau en implosion :

La difficulté aujourd'hui à maintenir l'existant suspend le développement de projets nouveaux. Les déficits de financement conduisent les établissements au « choix de Sophie ». Tantôt rapatrier des moyens de l'extérieur vers l'intérieur pour renforcer les équipes et faire face aux besoins, tantôt affaiblir l'intra hospitalier en le laissant en souffrance pour développer le soin extra hospitalier. Reporter les nécessaires investissements pour entretenir les bâtiments, diminuer les postes, et en particulier ceux des soignants. Couper court à toute nouvelle initiative demandant des moyens nouveaux.

Quelle que soit l'option c'est la qualité des soins qui en pâtit et la combinaison de ces trois facteurs « d'économie » entraîne les secteurs vers une dangereuse régression. Soit, majoritairement, par repli sur l'intra hospitalier (fermeture de centres d'accueil et de crises, de structures légères d'accueil thérapeutique ou de lieux alternatifs avancés tels que les ateliers, les bars associatifs...) soit en laissant à l'« abandon » les structures intra hospitalières et notamment celle de moyens séjours..

Dans le même temps on observe un renfermement des unités et des pratiques de soins sur elles mêmes (architecturalement, administrativement, protocoles...).

L'approche économique aujourd'hui privilégie la contention, contention par l'usage du médicament, la contention architecturale, la contention par du personnel de moins en moins qualifié, formé ou autorisé à faire autre chose que du gardiennage technicisé, c'est une des raisons de l'effondrement du système.

La psychiatrie de secteur s'est bâtie et a évolué sur la création de liens immatériels. La contention architecturale et sociale des malades avait peu à peu cédé la place à la structuration de liens symboliques, relationnels, permettant une vie socialisée grâce à un filet de soignants disponibles et reconnus par les patients.

La régression actuelle provoque un grand renfermement. Celui des patients à l'hôpital, mais aussi en prison ou dans des structures d'abandon insalubres. Celui des pratiques aussi, du travail en équipe vers la fiche de poste individualisée et la compétence clivée.

Les questions d'insertion ou de réinsertion nécessitent tout au contraire de l'ouverture et dépassent le seul champ de compétences de la psychiatrie publique. En matière d'emploi ou de logement, les personnes souffrant de troubles mentaux sont fortement discriminées et l'accompagnement des équipes spécialisées a des effets limités dans un contexte de chômage important et de cherté des loyers. L'insertion par l'économie des personnes malades supposerait une incitation forte des employeurs, un accompagnement soutenu et des aménagements dans l'organisation du travail. Les difficultés d'accès au logement, communes aux personnes « économiquement faibles », sont aggravées par les représentations et la défiance dont les malades font l'objet. La psychiatrie ne peut offrir à ses malades ce que la société ne garantit pas aux citoyens.

Pour les personnes moins autonomes les solutions de suite appellent le concours du social et/ou du médico-social pour inventer des lieux de vie adaptés. Des projets conçus et portés en commun comme des foyers de vie par exemple doivent pouvoir se généraliser à condition que les moyens soient donnés aux équipes et ce de façon pérenne. Historiquement les cadres réglementaires définissant les équipements ont fait suite aux initiatives prises par les équipes de secteur, aujourd'hui c'est l'inverse qui corsete l'initiative.

Les progrès sont venus du terrain et ceux à venir seront portés par les professionnels, les usagers et les politiques locaux. Ces structures novatrices répondront aux besoins spécifiques des secteurs et tiendront compte de leurs ressources locales. Elles naîtront de la proximité des acteurs de terrain dans un « travailler et penser » ensemble qui se heurte encore à des verrous identitaires et idéologiques. Il faut pouvoir donner du temps à ces équipes pour construire ensemble des projets alternatifs et il faudrait envisager ce partenariat dès les formations initiales des filières concernées. Il faut penser les collaborations entre les secteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux, non en termes d'économie, mais en termes d'harmonisation. Il faut une « fongibilité » du financement des prises en charge permettant aux patients de circuler d'une structure, d'une prise en charge à l'autre et de conventionnement pour permettre aux différents acteurs du soin psychiatrique d'intervenir en partenariat dans tout le réseau.

III Les métiers du soin en psychiatrie, un univers spécifique.

Ces « tensions » de la pratique, les représentations que s'en fait la population, le choc que représente la découverte de ce soin, les piètres conditions de travail et de salaire en regard des énormes responsabilités et de la capacité d'initiative exigée pour chaque soignant font que ce secteur connaît aujourd'hui une crise de recrutement.

La disparition de la formation d'infirmier de secteur psychiatrique au début des années 90 a eu pour conséquence la perte de la conscience du champ spécifique dans lequel se déploie le soin en psychiatrie. Aggravé par des départs massifs en retraite, mettant fin au

compagnonnage et à la transmission culturelle, ces facteurs sont cause d'un appauvrissement de la culture soignante dans ce milieu.

Cela a été reconnu par le ministère à travers la mise en place de mesures (prévues par le plan psychiatrie et santé mentale 2005/2008) pour tenter de répondre aux insuffisances constatées dans le programme de formation. Ces mesures auront surtout servi à financer les « boîtes de com » du ministre de l'époque et autre boîtes de formation ayant bricolée à la va vite des formations, voire, pire a être instrumentalisée par les hiérarchies locales pour évaluer les futurs soignants. Enfin dans peu de cas à tenter de mettre en place des outils de formation répondants aux besoins.

Comment le dispositif « consolidation des savoirs et des acquis » et « tutorat » a-t-il été mis en œuvre sur l'ensemble du territoire ? Quel bilan peut-on tirer de ces mesures ? Une évaluation en ce sens est urgente et nécessaire !

La clinique nous enseigne qu'il y a peu de maladies mentales qui soient essentiellement dangereuses. C'est la réaction avec le milieu qui est la source des symptômes de violence que l'on peut constater. C'est pourquoi agir sur les représentations est un axe majeur des actions et recherches de ces dernières années sous l'égide principale de l'OMS. Hélas la dérive politique et l'instrumentalisation du discours sécuritaire viennent mettre à mal ces bonnes intentions. On ne voit pas les milliers de personnes qui vivent leur maladie dans la cité sans constituer un danger pour quiconque. Bien au contraire, la médiatisation à outrance pousse à rechercher en tout acte de violence un élément capable de le rattacher à un fait psychiatrique, voire à un passé « psychiatrique ».

De fait la formation des soignants doit les amener à ne pas mettre en place de contre attitude agressive, à développer le soin dans un climat de bienveillance et de réassurance. Le soin infirmier en psychiatrie est le pivot autour duquel la prise en charge va s'organiser.

Le soin infirmier est celui qui permet une approche globale, bio-psycho-sociale des problématiques.

Tout d'abord parce qu'il faut un soignant avec les compétences cliniques permettant les observations et la réflexion dans la recherche d'un diagnostic différentiel avant toute imputation d'un état à une étiologie psychiatrique.

Ensuite parce qu'un suivi des effets biologiques autant que psychiques d'un traitement doit être assuré.

Enfin parce que dans les maladies psychiques autant l'image de soi que celle de son corps peuvent subir des altérations profondes et qu'il faut des soignants avertis et capables d'en tenir compte pour assurer les soins biologiques.

Pour toutes ces raisons le diplôme infirmier assorti d'un enseignement approfondi spécifique reste le plus pertinent pour répondre aux besoins du soin dans le champ de la psychiatrie.

Ces compétences s'organisent autour d'un enseignement approfondi complémentaire des sciences humaines. Elles nécessitent aussi un travail d'analyse et d'éclairage critique de la pratique en cours d'apprentissage et au-delà.

A l'instar des infirmières, tous les soignants hospitaliers du champ de la psychiatrie, qu'ils soient agent de service hospitalier, ou aides soignants psychologues assistants sociaux éducatifs doivent posséder des compétences spécifiques et une conscience particulière du milieu, du champ, dans lequel ils exercent.

Il est aussi intéressant de croiser les formations avec des intervenants proches dans leur champ d'action et notamment le médico-social. Des expériences de modules communs sur la

connaissance des secteurs et le travail en collaboration ont été menées entre IFSI et IRTS, (instituts de soins infirmiers et de travailleurs sociaux).

Le secteur doit faire face aujourd'hui à l'accueil de nouveaux soignants peu ou mal préparés, ne connaissant pas réellement le milieu dans lequel ils vont exercer. La plupart du temps recrutés en emploi précaires ils sont affectés sur des postes laissés vacants par des soignants plus expérimentés en raison de leur pénibilité.

La réforme à venir des études infirmières et la diminution du temps consacré aux sciences humaines dans cette formation laisse craindre le pire pour l'avenir.

Un cocktail lytique pour l'avenir du soin.

IV Promotion de la « santé mentale » :

Dimension socio économique.

Le concept de santé mentale nous oblige à nous intéresser à tous les facteurs qui ont un impact négatif sur sa préservation : accès à l'emploi et conditions de travail, accès au logement et caractéristiques de l'habitat, temps de transport, retentissement sur l'organisation de la vie familiale, niveau de revenus...

Le climat d'insécurité entretenu et récurrent, la précarisation que connaît une part toujours plus grande de nos concitoyens sont propices au développement de troubles psychiques, anxieux et dépressifs en particulier. Agir sur les facteurs économiques et sociaux en assurant aux personnes des conditions de vie décentes reste le meilleur levier de prévention primaire.

La corrélation entre la situation économique et sociale, les conditions de vie ou de travail, et l'apparition de pathologies anxiodépressives est forte. Là le problème est politique,

Dimension éducation et représentations de la folie dans la population.

Accéder au soin nécessite d'abord d'être conscient d'être malade. Le déni de la maladie est intrinsèque à certaines pathologies. Trois modes principaux d'entrée en soin dans ce cas là : le dépistage et le travail en réseau ; l'entourage (famille, travail), déterminant dans la prise en charge précoce, enfin l'intervention des pouvoirs publics, SAMU, police, pompiers pour une personne dont la maladie aura évolué sur un versant mettant en danger sa vie ou celle d'autrui ou provoquant des « troubles de l'ordre public ».

Sur le volet dépistage, détection par le réseau, il est nécessaire de prendre garde aux excès de psychiatrisation et de prédictivité comme cela a été le cas avec la tentative de dépistage des enfants hyperactifs. Comportement n'est pas maladie et en ce domaine plus que tout autre seule des conférences de consensus pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires peuvent élaborer une stratégie sociale. Encore faut-il prendre en compte qu'il n'y a pas de référence collective, chaque personne est une singularité et être porteur de signes, de symptômes, ne signifie pas forcément qu'on est malade.

La politique de secteur a été en ce sens la meilleure réponse jamais apportée à ce problème social. Une équipe pluridisciplinaire travaillant dans la logique du réseau et respectueuse de la liberté et de la singularité de chacun, en charge d'organiser soin, éducation et prévention pour une population donnée. Malheureusement cette politique n'a jamais été vraiment harmonisée sur tout le territoire malgré la somme d'exemples positifs en faveur de cette orientation.

Ensuite, et c'est là que les représentations sont le plus actives, l'entourage sera la plupart du temps un élément déterminant de la prise en charge précoce.

Pour ce qu'il en est des autres professions en contact de première intention avec les personnes souffrantes en décompensation (SAMU, police, pompiers...), une sensibilisation, une information sur ce qu'est la psychiatrie et le soin suffit souvent, par la dédramatisation, non seulement à faire évoluer les pratiques mais aussi à influencer le mode de soin, voire le pronostic...

Dimension judiciaire et pénale.

Dans les années 90, la politique de « recentrage » de l'hôpital psychiatrique sur du court séjour et le mouvement « d'externement » de nombreux patients au long cours ou qualifiés « d'états limites », qui s'en est suivi ont condamné une partie d'entre eux à la marginalité, voire à l'errance. Privés d'asile, désocialisés, passant entre les mailles du réseau ambulatoire, certains sont entrés dans une spirale de petits délits qui les ont menés en prison.

Dans le même temps la réforme du code pénal, avec l'introduction de la délicate nuance entre *altération* et *abolition* du discernement (article 122-1) a permis de condamner de nombreux psychotiques qui, avant 1993, auraient été déclarés irresponsables et auraient été adressés vers la psychiatrie générale ou les unités pour malades difficiles.

Ainsi un nombre croissant de psychotiques arrivent à présent dans le milieu carcéral et 40 % des détenus concernés par ces troubles font l'objet d'une condamnation en correctionnelle.

La proportion des accusés jugés irresponsables au moment des faits, qui s'élevait à 17 % en 1980, est ainsi tombée à 0,17 % en 2001.

En prison abouti une population qui n'a souvent ni conscience d'avoir commis un acte délictueux ni même parfois conscience du lieu où ils se trouvent. C'est en partie l'aboutissement d'un raisonnement par les juges, qui excédés de voir revenir à plusieurs reprises des personnes jugées irresponsables (faute d'articulation avec le secteur et de moyens dudit secteur pour assurer convenablement ses missions), préfèrent les savoir en prison avec l'opportunité alors d'être pris alors en soin par un SMPR.

Malheureusement à ce sujet les moyens alloués aux SMPR sont dérisoires au vu de la file active à traiter. Le système est plus que débordé avec 6000 détenus parmi les 60000 incarcérés nécessitant des soins soutenus. En fait, les SMPR n'ont jamais accusé réception des moyens prévus lors de leur création.

De réinterroger les liens entre justice et maladie mentale c'est l'occasion de remettre à plat la loi de 90 dont la vocation était de renforcer le droit des personnes atteintes de maladies mentales et qui a abouti à l'excès contraire par l'augmentation des hospitalisations sous contrainte.

Dimension Sécuritaire.

Depuis le drame de Pau en 2004, la psychiatrie occupe la scène médiatique et politique en jouant sur la peur. Ce type d'acte particulièrement sanglant et son traitement médiatique réactivent l'amalgame entre folie et dangerosité. Cet événement a été agité pour justifier de politiques ségrégatives à l'encontre des malades mentaux : Mesures sécuritaires préconisées pour les hôpitaux psychiatriques à la place de mesure d'embauche de personnels qualifiés (DATI, vigiles...), création d'Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées...

L'exploitation outrancière de faits divers alimente une image fausse, il y a moins d'actes de violence commis par la population repérée comme malade mentale que dans la population

générale (rapport de Ann Lovell sur la violence en hospitalisation). Et cette représentation est source d'effets pervers.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.

Il est utile de rappeler que la violence est d'abord dans la maladie mentale et que sa première victime est le malade qui en souffre. Violence de la déstructuration psychique, violence de la destruction du lien à l'autre, violence du rejet social.

L'espérance de vie des personnes souffrant de maladies mentales, du fait du suicide et des comorbidités, est de fait moindre que la moyenne de la population, quant à leur qualité de vie, de confort et d'hygiène elles sont aussi extrêmement dégradées.

La violence est aussi dans les traitements qui lui sont réservés : traumatismes des hospitalisations contraintes (loi d'exception), conditions matérielles d'hospitalisation indignes dans bon nombre de services, mises en isolement par défaut de contenant psychique, camisole chimique ...

A part quelques états pathologiques plutôt rares et connus, la violence, hétéro agressive comme on dit, n'est pas une composante de la maladie psychiatrique. Elle n'intervient comme symptôme qu'en réaction au milieu. Le rejet, la peur de la folie, l'usage de la contrainte, l'isolement ou la violence de l'entourage (l'ignorance en fait) sont autant de causes de déclenchement de situations de violence. Ce sont la plupart du temps des situations de « contre violence ».

Les groupes de travail avec les familles ou l'entourage de personnes souffrant de psychose sont de très bons exemples d'initiatives permettant de réguler, d'apaiser, de mieux se comprendre et comprendre l'autre.

La supervision des soignants par des intervenants extérieurs est un outil qui contribue à travailler les « ambiances de soins » par la prise en compte du transfert.

Mais avant tout il faut redonner aux équipes de la formation et des marges de fonctionnement, à savoir les moyens de répondre à la demande de soins sans devoir la différer, et cela passe avant tout par le renforcement des effectifs soignants.

Pour Sud Santé Sociaux il y a plusieurs urgences.

- Embaucher, former les effectifs soignants qualifiés nécessaires.
- Redonner à la filière soignante une attractivité par le salaire et la dynamique de l'exercice.
- Remettre en place des études infirmières, et paramédicales, spécifiques pour l'exercice en psychiatrie et donner les moyens aux jeunes embauchés de se former.
- Donner aux SMPR les moyens de remplir leurs missions.
- Redonner de l'attractivité en revalorisant les carrières soignantes par le salaire, mais aussi l'autonomie et la responsabilité.
- Reconnaître la supervision comme un outil thérapeutique « de base » et en donner les moyens aux équipes, hors budget formation continue
- Continuer, analyser et améliorer la politique de secteur, garante de la continuité et de la cohérence des soins pour une population donnée.
- Repenser le dispositif de secteur non à partir de l'hôpital mais à partir de la cité, avec les partenaires sanitaires, sociaux, médico-sociaux présents sur les territoires concernés mais aussi avec les élus et les usagers. Il faut pouvoir réfléchir dans la

sérénité et pour une période transitoire rouvrir les lits nécessaires à la baisse de la pression démographique à l'hospitalisation.

- Abandonner tout projet portant atteinte à la liberté sur la seule base de la prédictivité à l'instar des centres de rétention de sûreté.
- Révision de la loi de 90.
- Débloquer des moyens financiers pour restructurer et entretenir les bâtiments abritant les activités hospitalières et ambulatoires.
- Faciliter les collaborations entre le secteur médico social et le sanitaire psychiatrique.
- Mettre fin à la liberté d'installation des psychiatres et garantir une répartition en fonction des besoins de la population