



Comment l'instrumentalisation des TCC déshumanise la psychiatrie :

L'exemple de la Réhabilitation psychosociale^[1]

Serge Klopp, cadre infirmier, région parisienne

Ce qui caractérise la psychiatrie actuelle c'est son caractère déshumanisant s'appuyant sur une caricature des neurosciences qui donneraient une caution scientifique à une utilisation détournée caricaturale des TCC^[2]. La question qui nous est posée est celle de savoir si, comme l'affirment certains (dont j'ai fait partie), ce sont les TCC en soi qui sont déshumanisantes ou si c'est la manière dont on les instrumentalise en les caricaturant.

Pour cela je vais prendre l'exemple de l'instrumentalisation caricaturale de la Réhabilitation psychosociale, qui devient obligatoire pour tous les établissements sectorisés.

Comment en sommes-nous arrivés là ?

Mais d'abord quelques éléments de contextualisation pour tenter de comprendre à quoi nous sommes confrontés.

Depuis 40 ans la psychiatrie de Secteur^[3] n'a cessée de s'appauvrir !

Ce n'est pas moi qui le dit, c'est Véran en septembre 2021 sur France Inter,

Cela l'a amenée à opérer au fil des ans des tris de plus en plus sélectifs de malades, renonçant ainsi à sa mission fondamentale qui est d'assurer la continuité des soins de prévention, de cure et de postcure et l'obligation de prendre en charge toutes les souffrances psychiques des plus graves aux plus bénignes.

Après avoir renoncé à la prévention, aujourd'hui, seuls les patients les plus malades sont suivis par le Secteur, les autres sont renvoyés vers un psychiatre ou un psychologue libéral s'ils en trouvent et peuvent le payer et le plus souvent vers le généraliste qui, faute de temps et de formation, se contentera le plus souvent de prescrire des médicaments.

Pour faire face à ces tris successifs, l'intérêt des TCC, pris en soi comme une technique opératoire et non comme une des modalités de la prise en charge au long cours des psychoses, serait de ne pas s'inscrire dans l'historicité du lien thérapeutique mais de s'inscrire dans l'ici et maintenant du symptôme.

Ils permettraient ainsi de ne pas suivre au long cours des patients jugés moins malades tout en donnant aux soignants le sentiment d'avoir fait leur travail.

Ça, ça intéresse les technocrates libéraux qui nous gouvernent dont l'objectif essentiel n'est pas de promouvoir le meilleur système de soins mais de réaliser le maximum d'économies sur les dépenses socialisées de santé.

C'est-à-dire celles issues de la Sécurité Sociale qui est financée par les cotisations salariales et patronales. Alors que les complémentaires ne sont financées que par les salariés et sont de moins en moins de véritables mutuelles mais de plus en plus des groupes financiers capitalistes dont l'objectif est de faire du profit sur le dos des assurés.

C'est important, parce que ce sont ces mêmes groupes qui sont propriétaires de groupes tels que Orpéa et dans notre domaine Clinéa.

Le Secteur doit renoncer à la continuité des soins et intégrer le parcours de soins.

C'est d'ailleurs Cléry Melin, propriétaire d'un groupe de clinique privé, qui avait été chargé d'un rapport en 2003, où il préconisait de limiter l'action du Secteur au dépistage et la mise en place d'un traitement avant de passer la main au généraliste ou au secteur libéral et au traitement de la crise.

L'idée c'est de séquencer la maladie entre périodes de crise et périodes de rémission. Ce qui à son tour permet de segmenter le suivi. Aux périodes de crise c'est la psychiatrie qui prend en charge, en période de rémission on passe la main au généraliste qui va renouveler le traitement tous les mois voire tous les 6 mois, avec éventuellement un étayage du social ou du médicosocial. L'intérêt de tout cela, on l'a compris, ce n'est pas d'améliorer la qualité de la prise en charge mais de réduire les dépenses de la Sécurité Sociale.

Et ainsi la psychiatrie intègre le parcours de soins, devient une spécialité comme les autres au même titre que s'il s'agissait d'une pathologie cardiaque.

Je rappelle tout cela parce que cela permet de comprendre à quoi nous sommes confrontés aujourd'hui.

Et pour leur donner une caution scientifique il y a évidemment toujours quelques scientifiques en mal de reconnaissance par leurs pairs de MCO^[4] comme étant de vrais médecins qui les soutiennent. Et bien entendu tout cela sous tendu par le travail de lobbying de la fondation Fondamental. Qui, ce n'est pas un hasard, est proche de l'Institut Montaigne, le thing-tank qui soutien Macron et élabore sa politique libérale.

Je dis quelques scientifiques parce qu'ils ne sont pas si nombreux les psychiatres qui défendent réellement les thèses de Fondamental.

Par contre ils sont très influents au niveau des instances gouvernementales (ministère, ARS,...), de l'HAS, ce sont leurs thèses qui nourrissent les programmes des étudiants infirmiers, comme des futurs psychiatres et ils sont très médiatisés.

Cela leur donne une position idéologique totalement hégémonique au point qu'on a l'impression qu'il n'y a pas d'autre possible.

Rares sont ceux qui dans les instances (CME, CTE, Conseils de surveillance,...) osent s'élever contre cette conception déshumanisante de la psychiatrie.

Depuis la Loi Touraine c'est devenu réalité. La psychiatrie n'est qu'une spécialité comme les autres et n'est censée s'occuper que de la crise. Le suivi des patients stabilisés relève dorénavant non plus du CMP, mais du parcours de santé et donc du médecin généraliste.

Si la volonté des technocrates est une chose, la réalité en est une autre. Et force est de constater que cela a du mal à se mettre en place.

Des usines en kit déshumanisantes pour exclure les patients stabilisés du suivi sectorisé.

Alors, nos technocrates, jamais en mal d'imagination, ont inventé une « usine en kit » pour exclure les patients stabilisés du dispositif de Secteur.

C'est la création de structures autonomes de Réhabilitation psychosociale dont l'objectif est de proposer à chaque patient stabilisé un parcours de soins individualisé.

Sur le papier cela à l'air génial. On se dit qu'on va avec ce dispositif tenir compte de la singularité de chaque patient, de ce qui fonctionne bien dans sa prise en charge, de ce qui est plus compliqué en tenant compte de l'histoire et de la psychodynamique propre à chacun...

Eh bien pas du tout !

Il s'agit au contraire de formater le symptôme, de normaliser le comportement, sans tenir compte de ce que ressent le patient, pour lui trouver la case adaptée au moindre coût, comment ?

L'exemple de la Corrèze.

Je propose de partir du projet pour la Corrèze que m'a transmis la fédération CGT^[5] :

L'organisation globale a pour objectif d'étoffer l'offre de soins au plus près de l'utilisateur et favoriser un parcours des usagers plus fluide et de proximité. Déjà on considère que le Secteur n'est pas la proximité alors que celle-ci est l'un des fondements de la philosophie du secteur

Cette organisation se décline en plusieurs étapes : - Une procédure d'évaluation en amont de la mise en place d'un projet de soins de réhabilitation - Une évaluation réalisée par un neuropsychologue par un entretien clinique, la passation de tests (test d'efficacité intellectuelle, test d'évaluation des fonctions cognitives) et une restitution du bilan neuropsychologique - Un entretien avec le médecin psychiatre lors de la visite de pré admission - Un entretien avec un infirmier afin d'évaluer la gestion de l'autonomie, la connaissance de la maladie et du traitement - Un entretien avec un ergothérapeute et bilan - Un entretien avec une assistante sociale A l'issue de ces évaluations, ces dernières permettent d'établir les premiers axes du projet individuel du patient dans l'objectif de construction d'un programme de soins et d'accompagnement individualisé, qui sera régulièrement suivi afin d'être adapté au plus proche des besoins des patients.

On voit bien que lorsqu'ils parlent de projet individuel de soins dans l'objectif de construction d'un programme de soins et d'accompagnement individualisé, le suivi du Secteur que ce soit en CMP ou en Cattp est exclu de cette construction. On parle d'accompagnement individualisé mais cet accompagnement commence par la rupture des liens thérapeutiques qui se sont tissés au fil de l'accompagnement du Secteur.

Mais tout cela demande des moyens, on va donc transformer des structures du Secteur soit 15 lits d'hospitalisation complète, 10 places d'HDJ 13 appartements thérapeutiques et les 40,1 ETP qui y sont affectés en un dispositif de Réhabilitation psychosocial non sectorisé comprenant 13 lits d'hospitalisation complète, 20 places d'HDJ, 7 appartements thérapeutiques, un Cattp itinérant et un CMP avec équipe mobile et en tout 37 ETP.

En réduisant de manière aussi importante les moyens du Secteur il est évident que celui-ci ne pourra plus assurer les suivis au long cours qu'il mène jusqu'à présent.

Et au passage l'ARS récupère 3,1 ETP, comme on sait il n'y a pas de petites économies.

Mais tout ça pour quoi faire ? et ainsi l'on a la garantie que cela coûtera moins cher à la Sécurité sociale mais à quel prix humain ?!!!

L'organisation se traduit également par des modalités de soins et d'accompagnement comme suit : - Programmes d'éducation thérapeutique, - Programme d'accompagnement des compétences sociales, - Programme de remédiation cognitive - Des thérapies cognitivo-comportementales Enfin, l'organisation prévoit des modalités de réévaluation de la situation des usagers, en associant le patient en tant qu'acteur de son parcours de soins.

On parle de patient acteur de son parcours de soins, alors qu'en fait de soins il s'agit de le programmer comme s'il s'agissait d'une machine à laver ou d'un ordinateur défectueux qu'il faudrait reprogrammer.

C'est d'autant moins du soin que cela passe par la rupture de tout le suivi ambulatoire du Secteur de référence, ce n'est pas un complément qui vient s'articuler aux soins ça se substitue au soin.

Là on est vraiment dans la rupture de la continuité du soin qui est l'un des autres fondements de la philosophie du secteur et d'une psychiatrie humaine.

LE DOSSIER D'ÉVALUATION → *L'organisation décrite supra envisage, dans chaque étape, une évaluation individuelle proposée par les professionnels concernés, associant le patient y compris sa famille si cette volonté est exprimée, mais également les aidants familles et/ou aidants tutélaires, les services adresseurs, les partenaires sociaux et médico-sociaux et familles d'accueil. L'évaluation est quotidienne et tracée sur des grilles d'évaluation personnalisées, en fonction des objectifs de la personne.*

Là encore on est dans l'objectivation du comportement. Les soignants n'ont pas à exprimer ce qu'ils observent subjectivement au niveau du ressenti du patient et à l'analyser, ce qu'on appelle la clinique. Chose que l'on peut faire à condition d'établir une relation avec le patient. Ils ont à remplir une grille.

Ceux-ci sont déterminés lors de la construction du parcours de soin avec l'usager.

Avec l'usager mais à condition qu'il ne demande pas à pouvoir continuer son atelier « théâtre » au CATTP !

Une réunion de synthèse pluridisciplinaire a lieu une fois par semaine à l'hôpital de jour. Après un mois d'hospitalisation de jour, une synthèse est réalisée. Elle est préparée en amont avec l'usager et son référent. Un bilan de fin de prise en soin est réalisé avec l'usager et les partenaires relais identifiés dans le parcours propre au patient.

Pour qu'il y ait le moins de risque possible qu'une relation singulière se tisse entre le soignant et le patient, on va de toute façon limiter impérativement cette programmation à un mois.

Une réification des acteurs qui conduit à leur aliénation sociale

Dans cette présentation on voit bien combien le patient est rabattu à son symptôme qu'il faut éradiquer, à son comportement qu'il faut normaliser.

Combien il est chosifié, réifié, déshumanisé, malgré tous les éléments de langage qui visent à faire croire qu'au contraire on redonne au patient non seulement une place de sujet mais de citoyen.

Mais les soignants aussi sont chosifiés, réifiés, déshumanisés.

Puisqu'il n'est plus que l'opérateur de la procédure, le programmeur mais qui n'a pas de prise sur le programme qu'il doit mettre en œuvre.

C'est une négation de toute capacité à tenir compte de la singularité de toute situation. C'est une négation radicale de ses compétences cliniciennes.

Au-delà de ces structures de Réhabilitation psychosociale, on sens bien que cette conception déshumanisée du soin va contaminer tous les espaces de soin y compris ceux du Secteur.

Cette réification des patients et des soignants, n'est pas neutre, cela a des effets sur les personnes.

Cela revient à aliéner la personne au sens de l'aliénation sociale de Marx. Aliénation sociale qui peut se traduire par une aliénation mentale, c'est ce qu'a développé tout le courant de psychiatres marxistes (Bonnafé, Le Guillant, Folin, Tony Lainé, Tosquelles,...) autour de la sociogénèse et de la sociothérapie. Et qui depuis l'effondrement du Bloc de l'Est et du

communisme de caserne à disparu de l'avant-scène alors que cela aurait dû lui donner un nouvel élan.

Les conséquences sociales du Covid vont certainement nous obliger à y revenir.

Mais pour le moment on a l'impression que rien ne peut empêcher cette entreprise déshumanisante, excluante au nom de l'inclusion.

Pratiquement aucune voix ne vient s'y opposer.

Nous avons même dépassé le stade de la servitude volontaire qui selon La Boétie consiste à accepter les conditions de sa servitude parce que l'on ne sait pas comment ce serait si on s'en libérait et que la servitude du coup nous rassure alors que vouloir en sortir nous angoisse. C'est ce qu'on observe dans toutes les positions victimaires qui a mène à se complaire dans la plainte plutôt qu'à agir pour en sortir.

Là c'est comme si on ne voulait plus voir, plus réfléchir aux conséquences de ce qui se met en place dans chacun de nos établissements.

Cela montre combien nous sommes déjà aliénés.

Pour ce courant de la sociogenèse, il est indispensable de désaliéner les soignants, si l'on veut désaliéner les patients. De même que puisqu'on est encore près du 8 mars, on ne peut désaliéner la classe ouvrière si on ne désaliène pas la femme qui comme disait Marx est la prolétaire de l'ouvrier.

Cela signifie que si on veut combattre ces usines à déshumaniser le soin et les personnes, cela passe par l'intervention des acteurs eux même.

Et pourtant, pour en avoir discuté avec eux, certains soignants considèrent qu'aujourd'hui l'équipe de Réhabilitation psychosociale est le dernier lieu de leur institution où l'on fait encore du soin relationnel.

Sont-ce les TCC qui sont déshumanisants ou les objectifs qu'on leur assigne ?

Mais alors est-ce la technique du comportementalisme en soi qui est déshumanisante, ou la manière dont on l'instrumentalise dans un but particulier ?

La Réhabilitation psychosociale entraîne-t-elle toujours et automatiquement cette déshumanisation ?

Et si non est ce uniquement le fait de l'utiliser sans l'articuler à d'autres modalités de soin psychique (psychothérapie de référence analytique, sociothérapie,...) ?

Si c'est le cas, peut-on dans un premier temps empêcher cette opération excluante en tentant d'y inclure de la relation de manière subversive ?

Ou est-ce impossible ?

Cette question de la déshumanisation du soin au nom de l'efficacité de la technique et des soins standardisés se pose également à tous les champs de MCO. Et de nombreuses voix viennent s'opposer à cette standardisation déshumanisante des soins parce que la qualité des soins y compris en MCO est indissociable de la relation soignant/soigné qui doit primer sur la technique.

Un début de réponses

Le débat très riche qui a suivi a permis de commencer à apporter des réponses.

Il a permis d'une part à lever des incompréhensions voire des idées fausses concernant la neuropsychologie. Puisque contrairement à l'idée dominante, la neuropsychologie n'est pas du

tout associée aux TCC. Par ailleurs les témoignages de nombreux infirmiers pratiquant la Réhabilitation psychosociale ont tous démontré que la manière dont elle se mettait en place en Corrèze n'a rien à voir avec la théorie qui sous-tend habituellement cette pratique. Particulièrement dans le fait que la durée d'un programme peut être prolongée, que les éléments de subjectivité relationnelle ne sont pas censurés au contraire et que l'objectif ne saurait être la rupture du suivi thérapeutique par l'équipe de Secteur. Il ne s'agit pas de normaliser les comportements, mais d'aider chaque patient individuellement. Que cette organisation qui se mettait en place constituait selon eux non seulement une caricature mais un détournement de leur technique.

Par contre l'un des intervenants a fait état d'une personne venue évaluer son équipe qui a conclu que leur pratique n'était pas adéquate, alors qu'ils font exactement ce que préconise la théorie qui sous-tend la réhabilitation psychosociale.

Cela montre bien qu'il ne faut surtout pas considérer les équipes qui pratiquent cette technique comme des adversaires du soin psychique à condition qu'elles ne fassent pas primer la technique sur la relation. Mais que leur instrumentalisation généralisée va les mettre en difficulté et risque de les soumettre à cette aliénation réifiante évoquée précédemment. Il est au contraire indispensable de les soutenir et les aider à résister à cette opération déshumanisante d'exclusion de masse des patients du suivi sectoriel.

Cela passera par un travail de chacun, soignant, patient, population pour permettre la prise de conscience de cette opération qui ne se met que rarement en place à visage découvert.

^[1] Ce texte reprend le propos introductif et des éléments du débat qui en a suivi, à la 2^{ème} séance de l'Atelier « Quelle approche de l'humain » des Assises du soin psychiques qui se sont tenues les 11 et 12 mars 2022 à l'appel du Printemps de la psychiatrie, de l'Appel des appels et du collectif des 39

^[2] TCC : Techniques Cognitivo Comportementales

^[3] Depuis 1960 le Secteur constitue un maillage couvrant tout le territoire assurant à chaque citoyen l'accès aux soins de prévention, de cure et de postcure ainsi que leur continuité.

^[4] MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

^[5] Je mets en italique les extraits du document adopté par l'ARS.