

[ITW] LE DÉCLIN DE LA PSYCHIATRIE FRANÇAISE

LE 10 MAI 2011 GRÉGOIRE OSOHA (ARTICLE XI)

Un ancien infirmier de secteur psychiatrique nous livre son retour sur trente ans de métier, et, dépité par l'évolution du secteur psychiatrique français, explique pourquoi il a démissionné. Entretien avec Emmanuel Digonnet.

Emmanuel Digonnet est un ancien infirmier de secteur psychiatrique – « profession qui n'existe plus depuis que Bernard Kouchner a **supprimé** [pdf] cette spécialisation pour les infirmiers en 1992 ». Après plus de vingt ans d'exercice, définitivement dépité par les orientations prises par le service public de « psychiatrie », il a démissionné. S'il ne pratique plus, il parle par contre très bien de son ancien métier, et des raisons qui l'ont poussé à ne plus l'exercer¹. Entretien pour **ArticleXI** et repris ici par OWNI.

Article XI: Comment as-tu débuté ?

Je suis arrivé en psychiatrie par hasard, pour raisons « alimentaires », au début des années 1980. Quand j'ai commencé, je n'y connaissais rien ; pour moi, la psychiatrie n'était que la prise en charge de patients exclus de la société pour des raisons mentales. Une maladie mentale n'existait alors à mes yeux que si elle était visible : l'autisme, les gesticulations, les cris...

Pendant un an et demi, j'ai été affecté dans un service où on plaçait les patients les plus difficiles, ceux posant problème dans les autres services. Cela a été ma première confrontation à l'horreur de l'asile et à la maltraitance : comme pour les policiers dans les commissariats ou les gardiens en milieu pénitencier, la peur avait transformé certains infirmiers en sadiques. Après avoir alerté ma direction, j'ai été muté dans un autre service. J'y ai découvert une nouvelle façon de travailler, s'appuyant notamment sur les entretiens médicaux à visée thérapeutique et accordant une vraie place à l'infirmier dans le traitement des patients. Je me suis alors passionné pour la discipline.

De 1982 à 1998, j'ai accompagné et participé à toute une évolution de la psychiatrie, symbolisée par la fermeture d'hôpitaux psychiatriques. Se développait en effet un pôle extra-hospitalier, avec pour ambition de déplacer le soin dans la Cité, auprès des gens. Des patients habituellement hospitalisés pouvaient enfin vivre chez eux, en voyant un infirmier régulièrement. D'autres, adressés par des assistants sociaux et des médecins généralistes, fréquentaient les centres d'accueil thérapeutiques nouvellement ouverts : il s'agissait de petites unités de soins, avec quelques lits d'hospitalisation, une équipe d'infirmiers et des médecins. Nous y effectuions le même travail qu'à l'hôpital, mais avec une plus grande souplesse. Notamment parce que nous étions peu ou prou situés en bas des immeubles où habitaient les patients – et non à trente kilomètres en banlieue parisienne, « là où on met les fous ». Être admis en hôpital psychiatrique a toujours été compliqué, se faire traiter dans ces centres était beaucoup plus simple.

Ces centres d'accueil et de soins offraient donc une réelle proximité et une vraie disponibilité. Ils changeaient du même coup l'image de la psychiatrie chez les patients, qui acceptaient plus naturellement d'être suivis et honoraient davantage leurs rendez-vous. La famille, l'entourage et le patient pouvaient dédramatiser les soins, s'y rendre étant moins stigmatisant que d'être « hospitalisé à Sainte-Anne ». Et ces centres permettaient – enfin – de désengorger les hôpitaux, et donc d'en améliorer les conditions de travail. Ce n'est plus du tout le cas, désormais ; à l'hôpital, on ne fait plus que gérer des lits. À partir de 16 heures, tous les cadres passent leur temps au téléphone pour trouver un lit où faire dormir leurs patients, le nombre de places disponibles étant insuffisant.

Pour les infirmiers aussi, les choses étaient différentes en centre d'accueil : nous étions autonomes. Il ne s'agissait pas seulement d'appliquer les prescriptions du médecin, mais d'effectuer un réel travail collectif. Nous échangeons avec le reste de l'équipe, et nous pouvions donner des rendez-vous ou recevoir les patients. Une période grisante.

Elle n'a pas duré ?

La situation a commencé à se dégrader au début des années 1990, avec le développement d'une gestion purement comptable de l'hôpital. Notre ministère a diminué le budget alloué, et les gestionnaires se sont rendus compte qu'un centre d'accueil de cinq lits nécessitait autant d'infirmiers qu'un service de vingt lits à l'hôpital – sans prendre en considération le nombre d'hospitalisations lourdes et de rechutes que ce système permettait d'éviter...

L'administration a alors progressivement fait fermer les centres d'accueil. Pour cela, il suffisait que les gestionnaires ne leur donnent plus les moyens de fonctionner 24 heures sur 24 : au bout d'un moment, le principe était vidé de sa substance. Quand il ne restait plus qu'un bâtiment avec trois lits, sans personne pour s'en occuper, les gestionnaires triomphaient : « *Vous voyez bien que ça ne marche pas : il faut fermer !* »

Autre étape importante, la suppression de la spécialisation « psychiatrie » pour les infirmiers en 1992. Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, a justifié cette décision par une exigence d'uniformisation européenne ; une directive européenne précisait pourtant que la formation française des infirmiers en psychiatrie était de grande qualité et invitait les membres de l'UE à s'en rapprocher... En fait, cette suppression permettait surtout de faire des économies.

Depuis 1992, donc, tous les infirmiers suivent le même cursus, avec seulement quelques cours de psychiatrie. Aujourd'hui, quelques infirmiers généralistes, passionnés par la psychiatrie, réussissent bien à se former rapidement une fois embauchés dans les services spécialisés, mais d'autres choisissent les services psychiatriques par défaut, parce qu'il faut bien gagner sa vie, et ne sont souvent pas à la hauteur. Le constat de l'insuffisance des formations étant unanime, le début des années 2000 a vu fleurir un certain nombre de « boîtes de formation » privées, censées compenser ces lacunes.

De toute façon, ce diplôme d'infirmier psychiatrique a toujours été considéré comme un « sous-diplôme ». À sa suppression, en 1992, les anciens diplômés – comme moi – n'ont pas eu le droit d'aller travailler dans les hôpitaux généraux. Grosso modo, cela voulait dire que les « sous-hommes » étaient soignés par des « sous-infirmiers ». Aujourd'hui encore, si je vois quelqu'un se faire renverser par une voiture, je n'ai pas le droit de lui poser une perfusion ni de lui prodiguer des soins... alors que je suis autorisé à le faire pour une personne hospitalisée en psychiatrie. Qu'est-ce que ça veut dire ? Que c'est moins grave si je me trompe ?

Au début des années 1990, on a aussi assisté à l'introduction dans les hôpitaux de la « démarche qualité » – pure importation de l'industrie – avec son lot de protocoles et procédures. Procédure pour un patient qu'on accueille, procédure pour un patient qu'on emmène en chambre d'isolement, etc... C'est rassurant : tu remplis des formulaires, tu coches des cases ! Peu importe que des termes comme « phobie » ou « obsession » n'aient pas de frontières étanches, puisqu'il s'agit de créer une classification des maladies mentales pour que les gestionnaires puissent s'y retrouver. L'idée est de coder le patient. Aujourd'hui, un malade est 810.12 – « *alcoolique à tendance dépressive* ». C'est idiot : avant d'être « *alcoolique à tendance dépressive* », le patient est d'abord un homme ou une femme, qui a cinquante ans ou dix-huit, qui a tel passé, tel parcours...

■ Quel a été l'impact de cette « démarche qualité » sur ton travail ?

Voici le genre de raisonnements qu'on pouvait entendre de la part des gestionnaires : « *Vous, pour un 312.25, vous avez une DMS (durée moyenne de séjour) de dix-huit jours. Le service d'à côté est à neuf jours. Donc, vous merdez. Réduisez votre DMS* ». Pour cela, il suffisait de bourrer le patient de médicaments anesthésiants, et le tour était joué... Il s'est ainsi clairement opéré un passage de la gestion des patients à la gestion du budget. Le ministère réduisait le budget alors que les besoins – eux – ne diminuaient pas.

Derrière tout cela, il y a l'idée de ne pas reconnaître la spécificité de la maladie mentale. Il est beaucoup plus simple de se dire que la schizophrénie est un virus ou un problème génétique contre lequel il suffit d'inventer un médicament. D'autant que cette vision des choses est soutenue par des laboratoires pharmaceutiques – eux-même en partie à l'origine de cette classification des pathologies, pour pouvoir dire : « *Tel type de maladie ? Tel médicament !* » Avec des résultats parfois désastreux. Si on prend l'exemple de l'hyperactivité – dont je ne nie pas les symptômes –, on s'aperçoit que les laboratoires proposent des médicaments ayant des effets « visibles » à brève échéance mais qui s'avèrent calamiteux à plus long terme. Le fond du problème tient à la place prépondérante occupée par les labos dans le milieu hospitalier. Il n'y a qu'à voir le nombre de formations qu'ils y dispensent ou « sponsorisent » : lorsqu'ils parlent de certains de leurs cours, les internes en médecine parlent du « cours Lilly » ou du « cours Janssen »...



Et personne ne proteste ?

En 2003, la profession a organisé les États-généraux de la psychiatrie, qui ont débouché sur une **série de recommandations** remises au ministre de la Santé, Jean-François Mattei. Il n'y a rien compris... La lutte s'est ensuite intensifiée après un discours de Nicolas Sarkozy à Antony, en décembre 2008. En réaction à l'assassinat d'un jeune homme à Grenoble par un patient sorti d'un hôpital psychiatrique, **le président proposait des mesures ultra-sécuritaires**, comme le recours à la vidéo-surveillance ou à des bracelets électroniques. Il faut savoir qu'un tel discours a des effets désastreux, même quand il n'est pas suivi de mesures concrètes. Il pousse par exemple les préfets à refuser les autorisations de sortie des patients, et il devient très compliqué de faire sortir un malade pour travailler progressivement à sa réinsertion.

De mon côté, j'ai cru que la résistance pouvait venir des syndicats, et j'ai été longtemps syndiqué et militant syndical. Avant d'en avoir ras-le-bol, tant le syndicalisme se résume souvent à la défense d'intérêts individuels, plutôt qu'être un engagement ou une vue politique. Je me suis alors investi dans une association œuvrant pour la recherche en psychiatrie – une autre manière d'essayer de changer le système. Un des faits d'arme de cette association, même si nous avons finalement perdu le procès, a été de porter plainte contre une dizaine de pneumologues après l'explosion de l'usine AZF à Toulouse. Ces médecins avaient refusé l'installation temporaire des patients des services de psychiatrie dans leur service avec des termes odieux – « *gens bruyants* », « *sales* », « *qui peuvent mettre le feu* »...

Aujourd'hui il y a des mouvements de résistance à cette casse du service public de psychiatrie, impulsés par les soignants ou les patients, voire par leurs familles. Mais ils se heurtent à deux écueils majeurs. Les guerres de chapelles, si chères à des générations de psychiatres prompts à s'excommunier pour soigner leurs égos. Et l'image de la maladie mentale auprès d'une population qui, faute d'information, n'est pas prête à accepter la libéralisation des soins et la présence de malades mentaux dans les rues.

Pourquoi as-tu démissionné ?

J'ai d'abord fait une « pause » en partant en mission humanitaire, ça m'a beaucoup changé. Sauf qu'au retour, l'attitude de la direction à mon égard avait également changé... Il ne s'agissait pas d'une opposition frontale, mais de petites brimades successives : interdiction de faire visiter le service à un collègue rencontré lors de la mission, refus d'une demande de formation, suppression de mes tickets restaurant...

La direction prenait ainsi sa revanche sur mon activité syndicale et sur un épisode qu'elle n'avait pas digéré. À une époque, en raison de la gestion désastreuse de l'hôpital et de la

recherche permanente d'économies, il y avait une pénurie de seaux hygiéniques pour les patients enfermés en chambre d'isolement – et donc sans accès aux toilettes. L'un d'entre eux devait même déféquer sur un drap posé par terre... Là, j'ai dit non : j'avais connu l'asile en 1982, je ne voulais pas le revivre vingt ans plus tard. Avec quelques collègues, nous avons donc alerté les médias. Toute la presse nationale a débarqué, mais ses membres n'avaient retenu que l'angle du sensationnel. Nous dénoncions « *la maltraitance des patients par l'hôpital* », eux avaient compris « *la maltraitance des patients par les infirmiers* ». Et ils venaient voir qui étaient les infirmiers ayant torturé des patients... Une journaliste de M6 à qui j'expliquais nos positions m'a répondu : « *Mais ça n'a aucun intérêt. Pourquoi amutez-vous tout ce monde ?* »

Les collègues ayant ouvert le service à la presse ont été sanctionnés de manière indirecte pendant des années. J'avais témoigné à visage découvert, donc forcément... Côté « maltraitance », suite à notre « raffut », une commission d'enquête avait été nommée. Mais le jeu était faussé, sa mission consistait à enquêter sur la *sécurité* des chambres d'isolement. Ses membres ont donc vérifié qu'il y avait bien des alarmes à incendie, des vitres blindées, etc. Une honte.

C'est tout cela qui m'a amené à démissionner. Je reste un citoyen attentif et averti, mais je ne veux plus participer à cette évolution. Ni assister à de tels retours en arrière.

Ces derniers sont légions. Prenons l'exemple du maintien des patients à domicile : le principe est bon s'il s'inscrit dans le cadre du soin, avec une ou deux visites par jour ; sauf que dans les faits, il s'agit plutôt de refus d'hospitalisation et de non-assistance à personne en danger par manque de places à l'hôpital. Autre exemple : la « garde à vue psychiatrique », soit la possibilité de garder un patient 72 heures en observation. En soi, ce n'est pas une mauvaise idée, car elle permet d'optimiser l'orientation du patient. Mais dans le dispositif mis en place, il s'agit d'une « vraie » garde à vue : si le patient s'en va pendant cette période, les autorités considèrent qu'il s'agit d'une *évasion*. C'est révélateur.

La peur du fou est très répandue dans la société. Et politiques et médias n'hésitent jamais à l'attiser. C'est ainsi ce qu'ils font en nommant *évasion* le fait qu'un patient prenne la tangente, au lieu d'évoquer une *sortie sans autorisation*. Il ne s'agit pourtant pas d'un *enfermement*, mais d'une *hospitalisation sous contrainte*... L'enjeu de la terminologie utilisée par la presse ou par les politiques est ici fondamental.

■ Au moins, cette terminologie dit bien l'arbitraire...

Les hôpitaux psychiatriques sont des lieux de non-droit, où des patients sont privés de leur liberté et enfermés pendant des semaines sans que la justice n'ait son mot à dire. La France est d'ailleurs régulièrement condamnée par la Commission européenne des droits de l'homme. Théoriquement, il existe bien des instances de contrôle comme la CDHP², qui peut être saisie par n'importe qui. Sauf que c'est du bluff ! Le contrôleur de la CDHP est le médecin-chef du service d'à-côté, il reçoit une lettre d'un patient et appelle son copain : « *Tiens, j'ai eu une lettre d'un de tes malades.* » Réponse du copain : « *Il est complètement fou. La dernière fois qu'il est sorti, il a fait ceci, cela...* » Au final, il y a une proportion infinitésimale de patients qui sortent d'hospitalisations par ce biais.

La psychiatrie surfe en ce moment sur une dérive sécuritaire, issue en bonne part de la réaction des politiques à des faits divers. À l'image de l'introduction de la **Protection des travailleurs isolés** (PTI) dans les hôpitaux, après une intervention de Nicolas Sarkozy. Il s'agit d'un dispositif se présentant comme un téléphone, avec un bouton sur lequel appuyer en cas d'agression, d'incendie... Il est aussi muni du dispositif dit de « l'homme mort », qui se déclenche quand le boîtier reste trop longtemps à l'horizontal. Aller bosser le matin en se disant « *Tiens je prends mon boîtier 'homme mort'...* », c'est l'horreur ! Et je connais pourtant des anciens collègues qui en sont satisfaits...

Utiliser un dispositif PTI, c'est accepter qu'on n'augmente pas les effectifs. Qu'on remplace un collègue par un boîtier. Le problème est que les infirmiers refusant ces pratiques se retrouvent dans des situations délicates. Le jour où ils se font agresser – parce que ça peut arriver –, l'incident ne sera pas considéré comme accident du travail. C'est vicieux.

Le sécuritaire, c'est aussi l'explosion depuis quinze ans des hospitalisations sous contraintes (d'office et à demande d'un tiers). Quand une mamie déjantée dérange le voisinage, on ne réunit plus le service social, la famille et les voisins ; désormais, on préfère signer un certificat d'hospitalisation d'office. Et on enferme des gens qui auront du mal à sortir. Parce qu'il y a très peu de structures d'accueil pour organiser les sorties. Et parce qu'il est obligatoire de régler l'hôpital avant de le quitter ; le montant du forfait hospitalier étant par exemple plus élevé que celui de l'allocation adulte-handicapé, cela peut se révéler très

difficile pour certains.

Le sécuritaire, ce sont aussi les caméras dans les chambres d'isolement – c'est pourtant idiot : quand un patient ne va pas bien, il faut davantage de présence, et non une caméra. Ce sont les bracelets électroniques, pour être sûr qu'un tel n'est pas sorti d'un périmètre donné – ce qui permet d'éviter de le faire accompagner par un infirmier ou un aide soignant. C'est l'augmentation des refus préfectoraux de sorties à l'essai. Pour résumer : c'est l'enfermement maximum.

Article publié initialement dans **le n°3 de la version papier d'Article11** et republié aujourd'hui sur le site d'**Article11**.

Photos CC Flickr  **Abode of Chaos**,    **harry_nl**

Retrouvez tout notre dossier sur la psychiatrie :



Image de Une : création et photo : **Pascal Colrat** (cette image n'est pas en Creative Commons)

Psychiatrie sous contrainte: une loi inique par Claire Berthelemy

Pénurie de lits : HP HS par Pierre Ropert

1. Commission départementale des hospitalisations psychiatriques. [↗]
2. Emmanuel n'ayant jamais travaillé dans le secteur privé, les problématiques relevant de cette dimension ne sont abordées que de manière marginale. [↗]

ZYPLOX

le 10 mai 2011 - 22:36 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



Merci pour votre témoignage. Ce n'est rassurant, mais c'est très clair.

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

ALAIN FOURNIER

le 11 mai 2011 - 0:30 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



Cet article est partisan et ne reflète en rien la réalité . En tant que médecin, je dis ceci :

Le cursus commun des infirmiers nous a évité les gardes où on ne pouvait pas compter sur un infirmier psy incapable de poser une perfusion, de mettre en place une surveillance médicale, incapable de faire la part des choses entre des signes psy ou organiques.

C'est sous Jospin qu'on a commencé la logique comptable et à mettre des lits dans les couloirs

Le lobby pharmaceutique ? Et le lobby psychanalytique et lacanien qui plombe toute initiative dans la prise en charge qui nie toute découverte scientifique comme les problèmes neuro-anatomiques des autistes, de théories neuro-développementales de l'étiologie de la Schizophrénie. C'est moins sexy que la forclusion du nom du Père ou autre théories psycho-merdiques.

Moi j'ai plutôt vu qu'à partir des 35 heures « À partir de 16 heures, tous les cadres se barraient » et qu'il n'y avait plus de secrétaires qui n'ont pas été remplacées !

Jusqu'en 2000, moi je n'ai pas assisté à la fermeture d'hôpitaux mais à l'humanisation

et la rénovation luxueuse avec des abus (confère le toit en métal d'un service à Rennes)

Je ne sais pas où ce Monsieur travaillait mais moi j'ai vu autre chose entre Lille et Rennes jusqu'en 2005. Accueil à Rennes, appartement thérapeutiques. J'ai même vu des créations de postes inutiles infirmiers et médecins.

Monsieur nous parle de la « démarche qualité » – pure importation de l'industrie – avec son lot de protocoles et procédures. Procédure pour un patient qu'on accueille, procédure pour un patient qu'on emmène en chambre d'isolement, etc... »

C'est honteux. Beaucoup d'infirmiers et infirmières se sont réjouis de ces changements et ont fait preuve d'un sens des responsabilités. Ces protocoles ont d'ailleurs donné plus de responsabilité aux infirmiers compétents. Le refus de toute évaluation de ce que l'on fait est – pour le coup – un produit de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle où on passe des heures en réunion sans prendre de décision.

Il poursuit :

« Voici le genre de raisonnements qu'on pouvait entendre de la part des gestionnaires :

« Vous, pour un 312.25, vous avez une DMS (durée moyenne de séjour) de dix-huit jours. Le service d'à côté est à neuf jours. Donc, vous merdez. Réduisez votre DMS ».

Pour cela, il suffisait de bourrer le patient de médicaments anesthésiants, et le tour était joué... » Cette assertion est purement diffamatoire et irresponsable. On a toujours fait sortir les patients dès qu'on pouvait et même contre l'avis du Préfets, des familles...

Cette désinformatioin est honteuse.

La confusion est entretenue par l'affirmation concernant les mesures sécuritaires dans un dispositif qui « pousse par exemple les préfets à refuser les autorisations de sortie des patients, et il devient très compliqué de faire sortir un malade pour travailler progressivement à sa réinsertion. » Cet infirmier a même oublié le fonctionnement institutionnel. Le Préfet ne donne son avis que pour les hospitalisation d'Office qui sont peu fréquentes au regard des autres hospitalisations où le Préfet n'intervient pas. Quand à moi, j'ai assisté à un départ de feu dans un service par un patient, alors la sécurité ce n'est pas un luxe pour le patient lui-même d'ailleurs.

En quoi la vidéo surveillance ou les bracelets seraient un problème pour les patients dangereux? Ici, tout est mélangé par des affirmations fausses et destinées à dresser un tableau catastrophique de la Psychiatrie.

Les gens ont toujours accepté des malades mentaux dans les rues et leurs immeubles. Ils sont plus tolérants que ce Monsieur l'affirme.

Quand au « refus d'hospitalisation et de non-assistance à personne en danger » ce n'est pas un problème de place à l'hôpital mais de cadre juridique qui empêche d'obliger une personne à se soigner fusse t-elle délirante si il n'y a pas de troubles à l'ordre public.

Concernant le délai de 72 heures d'hospitalisation, il a toujours existé en hospitalisation d'office. Si le patient fuguait, c'est la Police qui le recherche. Pourquoi faire croire que c'est nouveau ? Ce Monsieur n'a pas mis les pieds dans un service depuis longtemps...

« Les hôpitaux psychiatriques sont des lieux de non-droit, où des patients sont privés de leur liberté et enfermés pendant des semaines sans que la justice n'ait son mot à dire. »

Faux le patient est informé qu'il peut saisir une commission et même faire appel à un avocat. Je l'ai vu faire pour des patients extrêmement perturbés mais la procédure était valable pour tous.

L'avis de cet ex-infirmier est loin de refléter la pensée des soignants actuels. Un infirmier qui n'aime pas son hôpital, ses médecins (apparemment pourris par les labos et les administratifs) doit changer de métier et laisser ceux qui acceptent les remises en cause. Pour terminer j'ai vu une infirmière tabassée dans une chambre et pourtant ce jour-là nous étions nombreux... Et quels mots pour les familles qui ont perdu un proche par défaillance du suivi ou de l'évaluation ? Il ne faudrait rien changer ?

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

ASPIRAL

le 11 mai 2011 - 5:52 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



Témoignage intéressant, appelé à se multiplier. Le mythe scientifique sur lequel s'est basé la nazisme et le stalinisme n'a pas fini de faire ses ravages! Comment peut-on être "médecin", Alain Fournier, et dire ceci : " Cet article est partisan et ne reflète en rien la réalité . En tant que médecin, je dis ceci :..." Quelle réalité? L'objectivité n'existe pas dans les science du complexe. Si la physique quantique a pu s'en accommoder, pourquoi pas la médecine? Mais pour cela, il nous faudra penser le temps et donc la liberté "autrement".

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

OOKILAI

le 11 mai 2011 - 8:27 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



A Alain Fournier.

Même si cet article ne reflète qu'une partie de la réalité il n'en demeure pas moins que les faits qu'il décrit sont une réalité pour une partie de la profession.

Je suis étudiant en psychologie à Lyon 2, une Fac résolument psychanalytique dans son orientation, et l'enseignement qui nous y est prodigué ne me semble pas nier les dernières avancées en neurosciences, etc. bien au contraire. On nous forme pour être des ingénieurs du psychisme à l'écoute des patients, à l'écoute de des réalités institutionnelles mais aussi à l'écoute des réalités médicales.

Pour avoir effectué des stages en psychiatrie je peux vous garantir que l'approche psychanalytique ne me semble pas mériter une telle virulence, d'autant plus quand on voit vers quoi tendent d'autres approches comme les TCC.

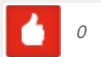
Un exemple rapporté par une infirmière : est-ce que vous trouvez cela humain et surtout thérapeutique d'obliger une anorexique à avaler son vomit pour la soigner?...

Tout cela pour dire qu'un témoignage reflète toujours une réalité pour une personne à un instant T et qu'il n'est jamais totalement représentatif de la réalité objective des choses. Mais cette dernière n'est peut-être accessible que par le recoupement, justement, de tels témoignages.

A mon humble avis, plus que l'encadrement médical et infirmier, c'est l'encadrement psychologique qui fait défaut aujourd'hui en psychiatrie. Les traitements chimiques n'ont de réel sens que si ils s'accompagnent d'une prise en charge psychologique effectuée par un personnel compétent, à savoir : des psychologues.

Aujourd'hui, la réalité psychique fait peur car elle est impalpable et même si les neurosciences sont encore très loin d'apporter de réelles solutions aux troubles psychiatriques, il est plus facile de se cacher derrière que de tenter de réellement soigner ces populations.

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

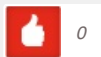
ASPIRAL

le 11 mai 2011 - 9:05 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



Je crois vraiment que la psychiatrie est au stade où était la médecine au temps de Molière, des chapeaux pointus et des formules latines... mais à l'époque on ne prenait pas la médecine pour une "science" comme aujourd'hui. La vraie science médicale cherche les lois de la nature humaine pour diminuer les souffrances en les respectant dans nos décisions. Le concept de maladie mentale doit encore être défini clairement... avant de les soigner, les maladies et/ou les malades...en fonction de ce qu'on aura pu se mettre d'accord là-dessus. En attendant, on bricole avec son humanité, chacun selon son niveau de conscience, de morale, et surtout de sa zone d'ombre....La répression des symptômes est aussi dangereux que de tenter d'éteindre un feu avec un ventilateur, bien que, parfois, ça marche, surtout, "parce que" parfois seulement, ça marche !

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

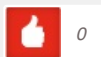
ZYZY

le 11 mai 2011 - 9:45 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



La réalité, c'est que depuis que l'Antipsychiatrie fumeuse a pris le pouvoir en 68, on a fait sortir en masse des aliénés des hp, avec comme résultat l'explosion des faits divers tous plus horribles les uns que les autres (je ne saurais trop conseiller la lecture de "Déetective") dont les auteurs sont ledits aliénés lâchés dans la nature.

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

JULIE

le 11 mai 2011 - 13:36 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



Tiens, c'est marrant, le social vit la même chose. Des normes managériales et

des effectifs qui baissent. Parce que des objectifs ne permettent jamais d'être efficace humainement, mais financièrement.

Quand la personne passera avant le fric, ça devrait redevenir sain. Mais quand ?

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

GUICHARD

le 11 mai 2011 - 19:53 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



Je suis en grande partie d'accord avec ce que dit l'infirmier psychiatrique Mr Emmanuel Dignonnet étant moi-même ancien Infirmier Psy.

Je n'apprécie pas du tout, sans doute parce que je ne suis pas médecin (dont les études sont longues comme chacun le sait) les arguments soi-disant réalistes sur l'évolution de la psychiatrie: à mon sens il y a erreur sur les mots employés. Pour moi il y a regression de la prise en charge de la maladie mentale et ce ne sont pas les pseudo arguments scientifiques qui résoudront le problème des soins en psychiatrie.
Pierre

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

ALAIN FOURNIER

le 11 mai 2011 - 22:12 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



@Guichard

Je respecte votre point de vue. J'ai travaillé avec des infirmiers et des infirmières formidables très ouverts à tous les moyens d'aider les personnes à rester dans la vie. Peut-être que le désaccord vient du fait que je ne suis pas sûr que toutes les régions soient identiquement loties. Je ne connais pas la situation parisienne et environs. En Bretagne, j'ai vu une amélioration conséquente des moyens voire même parfois une débâche de moyens dans l'architecture au détriment d'emplois. Mais j'ai vu aussi des créations de postes inutiles. Certains chefs de service arrivent à obtenir des postes par copinage dans les CME et à force d'harceler l'administration. Je ne pense pas qu'il y ait un lien entre les nouvelles approches scientifiques et la dégradation que vous ressentez car elles n'ont pas tellement percées dans le milieu hospitalier. Je pense que c'est la démarche comptable initiée vers 1992 qui nous a poussé à installer parfois des lits dans le couloir en rébellion à l'administration devenue toute-puissante.

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

ASPIRAL

le 12 mai 2011 - 6:00 • SIGNALER UN ABUS - PERMALINK



Les études "psys" ne sont que l'étude d'un outil. Il y a un fossé entre la connaissance du maniement d'un outil et l'art de l'utiliser. Tout le monde ne peut devenir Michel-Ange avec un marteau et des pinces. Décider de l'usage de l'outil est un art, celui de la sagesse. Cette sagesse seule peut conduire au bon usage de l'outil. Science sans conscience n'est que ruine de l'âme, aussi bien celle des psy que celle de la civilisation. On n'a pas tiré les leçons du scientisme qui a conduit au stalinisme et au nazisme. Qui va pouvoir nous débarrasser des docteurs Knocks? Ils sont trop inconscients pour se voir manipulés par les marqueteurs des firmes pharmaceutiques et du pouvoir politique. Seul le refus courageux de leur "victimes", armées de spiritualité, pourra nous débarrasser de ces médecins de Molière qui se croient bien armés d'arguments "scientifiquement établis" pour justifier la pertinence de leurs décisions. A moins qu'une révolution....

VOUS AIMEZ



0

VOUS N'AIMEZ PAS



0

LUI RÉPONDRE

1 ping

Le déclin de la psychiatrie française « blogschizo le 10 mai 2011 - 23:12

[...] contre très bien de son ancien métier, et des raisons qui l'ont poussé à ne plus l'exercer1 . Entretien pour ArticleXI et repris ici par OWN1. Article XI: Comment as-tu débuté [...]

