

# Enquête militante sur les logiciels de recueil de données en Psychiatrie. Pour construire la grève des données.

« C'est quoi, aujourd'hui, le rond-point de la psychiatrie ? »

Question posée par une participante aux semaines de la Folie Ordinaire Franciliennes

« Dix ans de travail acharné de toute une équipe ... simplement pour un sourire ! Je les avais applaudis, ça valait la peine. Un discours pareil, il y a des gens qui ne le comprendront jamais. Et ce ne sont même pas des utilitaristes à la Stuart Mill. C'est bien plus terrible que ça ; parce que Stuart Mill était un peu demeuré. Mais ceux-là pas, ce sont des technocrates bien formés ! »

Jean Oury, Séminaire de Sainte Anne – Le Collectif

L'enquête qui suit est le fruit de nombreux échanges au sein de la Commission contre les outils gestionnaires (réunissant des soignants travaillant en psychiatrie et des personnes issues d'autres secteurs) créée pendant le Printemps de la Psychiatrie<sup>1</sup>. Elle se veut être une contribution à la lutte contre la destruction d'une psychiatrie publique à visage humain, basée sur l'accueil, l'écoute et la relation. Cette lutte s'inspire des expériences d'accueil de la souffrance psychique ouvertes entre autres par le désaliénisme (Bonnafé) et la psychothérapie institutionnelle (Tosquelles) ainsi que de toutes les tentatives qui ont poussé à une modification des possibles en psychiatrie. L'idée du secteur tel qu'il a été mis en place dès 1960 doit rester que chacun, quels que soient son lieu d'habitation et sa situation sociale, puisse avoir accès à des soins psychiques de qualité (Delion).

Nous nous inscrivons dans un champ de pratiques hétérogènes qui respectent la singularité, l'histoire et le vécu des patients. Des pratiques qui tiennent compte de la globalité du sujet et de l'intrication du vécu psychique, propre à son histoire, avec ses conditions d'existence, relevant quant à elles de l'environnement social et politique. Car sans la prise en compte de la double aliénation psycho-sociale du sujet, *le psychiatre finit par se prendre pour le psychiatre et le fou n'a plus qu'à se prendre pour le fou* (Oury). Autrement dit, « sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît » (Tosquelles). À ce titre, nous nous inscrivons en opposition à la réduction de l'action thérapeutique à un simple abaissement des symptômes pour « stabiliser » les patients par le seul recours aux médicaments (psychotropes, neuroleptiques, antidépresseurs etc.) ou aux actions de type remédiations cognitives et autres approches comportementales qui ont pour but la réinsertion et la normalisation des comportements déviants.

Nous prenons aussi pour acquis qu'à l'instar de toute institution, si l'institution psychiatrique ne fait pas l'objet d'une analyse critique quotidienne par celles et ceux qui y travaillent, elle devient nocive pour les patients qui y séjournent, par le truchement de mécanismes d'autoconservation et la potentialisation de dérives perverses et maltraitantes. Cet héritage culturel et théorique constitue l'arrière-plan à partir duquel se tissera la réflexion de cet article autour des logiciels de recueil de données en psychiatrie.

Depuis une vingtaine d'années, les ordinateurs ont largement pris place dans le quotidien des soignants en psychiatrie<sup>2</sup>. Cette place croissante des ordinateurs n'est pas issue d'une demande de soignants faisant état d'un tel besoin pour leur travail auprès des patients (si ce n'est pour utiliser des

---

<sup>1</sup> Voir sur le site : <https://printempsdelapsychiatrie.org/>

<sup>2</sup> A l'instar de tous les métiers du soin, de l'accompagnement social, de la relation, de l'éducation etc. Nous conseillons à ce titre la lecture du dossier du collectif Ecran Total : A.C.A.B. *All computers are bastards*, CQFD n°151, février 2017.

logiciels de son, montage vidéo etc). À notre connaissance, aucun mouvement social n'a réclamé plus d'ordinateurs en psychiatrie. À l'inverse, on entend souvent des soignants se plaindre de passer trop de temps à « remplir des actes » plutôt que d'être avec les patients. De même, on entend des patients rapporter que les équipes soignantes passent l'essentiel de leur temps devant l'ordinateur et se tournent vers eux uniquement pour les « actes » infirmiers (prise de médicaments ou tâches pratiques). Ces témoignages rejoignent le constat d'un sous-effectif permanent dans les services et des conditions d'accueil qui se dégradent globalement pour les patients (recours de plus en plus fréquent à la contention physique, la camisole chimique et la chambre d'isolement).

C'est dans ce contexte que l'augmentation exponentielle des ordinateurs est vantée tant par les mass-médias que par les politiques au pouvoir comme un signe de progrès, « progrès technologique » qui promet une « amélioration de la qualité des soins » (Agnès Buzyn 2018). Progrès technologique qui a permis la mise en place de la Tarification à l'Acte (T2a) dans les hôpitaux généraux, largement remise en question par les soignants lors des récentes grèves du codage. Alors que nous terminons la rédaction de cet article, l'épidémie mondiale de coronavirus révèle à quel point notre système de santé public a été endommagé par ces mêmes politiques néolibérales.

Nous pensons que le recours massif à l'informatique est un des moyens par lesquels l'idéologie qui sous-tend les mesures d'austérité, de valorisation marchande et de réduction du sujet à ses neurones et sa chimie trouve toute sa force. C'est pourquoi, sans réduire l'analyse des causes de l'état désastreux de la psychiatrie à son informatisation, il nous semble nécessaire de construire un matériel d'analyse critique et de réflexion sur ce *numérique qui nous gouverne* propre au champ de la psychiatrie<sup>3</sup>.

En montrant que ces logiciels ne sont ni au service des patients souffrant de pathologies psychiatriques ni à celui des soignants dans leur fonction d'accueil, d'écoute et de soin, cette enquête tend à mettre en lumière la nature de ces outils de gestion, de valorisation économique et de coercition sociale. Elle se veut une aide à penser nos moyens d'action pour faire face aux politiques managériales et de gestion dans nos services. Nous souhaitons enfin insuffler un peu du désir qui nous anime de comprendre par quels mécanismes l'ordre néo-libéral tente de faire des profits sur le dos de la souffrance psychique. Nous vous invitons à enquêter, partout où cela est possible.

### *Le logiciel Cortexte*

Prenons comme point de départ l'exemple du logiciel Cortexte que bon nombre de soignants en psychiatrie connaissent, même si son utilisation n'est pas hégémonique sur le territoire français (il en existe d'autres tel qu'Osiris, Cariatide etc.). Il permet entre autres d'y entrer des diagnostics, des notes cliniques, des transmissions, des actes, etc. Ce logiciel nous semble particulièrement représentatif de ce que nous cherchons à mettre en lumière dans cet article.

Sur le site « my SIH magazine »<sup>4</sup>, revue se définissant comme un « e-média informatique de santé », Thomas LEGRAS, directeur adjoint de l'innovation technologique et du système d'information du centre hospitalier Sainte-Anne<sup>5</sup> est interviewé pour parler de la mise en place du logiciel Cortexte 2.0

---

<sup>3</sup> Construire ce matériel nécessite de se confronter à un vocabulaire parfois technique. C'est pourquoi nous vous proposons un glossaire où figurent tous les acronymes mentionnés dans cet article.

<sup>4</sup> Voir le site : <https://www.mysih.fr/le-logiciel-cortexte-de-capcir-au-coeur-de-la-logique-ght-au-ghu-de-paris/>

<sup>5</sup> Intégré depuis 2019 au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

dans le cadre de la fusion des hôpitaux psychiatriques parisiens<sup>6</sup>. Il y explique l'opération « big bang » qui a consisté à fusionner les données informatisées des hôpitaux psychiatriques de Paris intra-muros, c'est-à-dire la fusion d'applications du Système Informatique (SI) et plus particulièrement du Dossier Patient Informatisé (DPI)<sup>7</sup> psychiatrique. L'administration a fait appel à la société CAPCIR<sup>8</sup> qui a créé le logiciel Cortexte. Pourquoi cette entreprise remporte le marché public ? Thomas Legras explique que Cortexte dépasse ses concurrents sur la partie « PMSI et la gestion du RIM-P avec les spécificités de l'activité de psychiatrie »<sup>9</sup>. Et il ajoute : « notre défi est de nous ouvrir vers l'extérieur sur la base du socle Capcir : ouverture vers les patients, les correspondants, psychiatres libéraux ou encore les médecins généralistes ». Il annonce entre autres la mise en place d'une gestion de rendez-vous en ligne pour 2020 et déclare : « notre volonté d'ouverture cadre parfaitement avec les objectifs de Capcir dont les progiciels évoluent dans le sens d'un respect des contraintes en Hop'En<sup>10</sup>, « nouveau programme [qui] s'inscrit dans le cadre de la Stratégie de Transformation du Système de Santé et aujourd'hui du projet de réforme d'Agnès Buzyn *ma santé 2022* »<sup>11</sup>.

De nombreuses questions s'ouvrent à la lecture de l'article de cet « e-magazine », apparemment sans grand intérêt pour les soignants que nous sommes. Quelle est l'utilité d'un tel déploiement de ce logiciel dans le travail quotidien d'un soignant ? Pourquoi faut-il opérer une telle « récupération de données du DPI » ? Et surtout, pourquoi lors des formations Cortexte pour le personnel il n'est jamais fait mention d'un *recueil de données* et uniquement de la nécessité de *saisir des actes*, informations qui seraient nécessaires à la *qualité des soins* et à une bonne *traçabilité* ? Et pourquoi est-ce que cette *qualité des soins* n'apparaît plus lorsque ceux qui mettent en place Cortexte en parlent ? Aucun mot non plus sur ce que cela est censé apporter aux patients dans le quotidien d'un suivi thérapeutique. Aucun mot sur le fait que ce logiciel remplace peu à peu la parole dans les équipes qui n'ont plus le temps de se réunir pour penser le soin. Des sociologues estiment que « le choix des logiciels et les configurations particulières qui peuvent en être faites à la demande des établissements traduisent les préoccupations de l'établissement vis-à-vis de l'enregistrement des données. De nombreux professionnels ne savent pas qu'ils abondent un RIM-P »<sup>12</sup>. Savons-nous ce à quoi sont destinées ces données que nous participons à produire ? Que sont exactement que le PMSI et le RIM-P pour lesquels Cortexte semble si performant ?

---

<sup>6</sup> Énorme fusion des hôpitaux dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui fait suite à la loi HPST de 2015. Sur Paris, la fusion concerne Maison-Blanche, Perray Vaucluse et Sainte Anne, soit l'intégralité de la psychiatrie parisienne intra-muros.

<sup>7</sup> « Le DPI se développe d'une part en même temps que les SIH (systèmes d'information hospitaliers), eux-mêmes en pleine évolution avec le plan « Hôpital numérique », et d'autre part parallèlement à d'autres applications numériques concernant les données de santé : DMP (dossier médical personnel), DP (dossier pharmaceutique), dossiers thématiques (réseaux cancer...), web médecin. » Claire Gekiere et Serge Soudan Dossier patient informatisé et confidentialité : évolution des modèles et des pratiques. «Le diable gît dans les détails » Dans *L'information psychiatrique 2015/4 (Volume 91)*, pages 323 à 330

<sup>8</sup> CAPCIR, société anonyme fondée en 1990, développe et diffuse deux progiciels de gestion intégrée pour les établissements de santé, présidé par F. Bataille et au capital de 1 932 400 €

<sup>9</sup> PMSI pour Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information et RIM-P pour Recueil d'Informations Médicales en Psychiatrie

<sup>10</sup> Hop'En pour *Hôpital numérique ouvert sur son Environnement* : « Dans la suite du programme Hôpital numérique lancé en 2011 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) le programme HOP'EN, doté de 420 millions d'euros, devrait s'inscrire sur la période 2019 à 2023. » <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopen>

<sup>11</sup> <https://www.mysih.fr/le-logiciel-cortexte-de-capcir-au-coeur-de-la-logique-ght-au-ghu-de-paris/>

<sup>12</sup> *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique* sous la direction de François Sicot ed. L'Harmattan coll. Logiques Sociales 2019, p 253

## Petite histoire du PMSI et du RIM-P

Avant d'y répondre, remontons aux années 80, années du Mitterrandisme et de la seconde gauche à la sauce « there's no alternative » ou du « capitalisme à visage humain ». Durant ces années se met en route un vaste chantier de réformes pour rendre le système de sécurité sociale *compatible* aux attentes du capitalisme mondialisé encore trop étriqué en France. Les dirigeants ne vont plus parler de la *richesse* du service public, mais bien des *dépenses* qui en découlent. Grâce à la *construction politique* de la dette de l'État<sup>13</sup> qui serait due, en partie, aux dépenses liées au service public, le discours qui appuiera les mesures d'austérité devient majoritaire<sup>14</sup>. En ce qui concerne le champ de la santé au sens large, selon les auteurs et autrice de *La casse du siècle* : la « crise » de l'hôpital public est le résultat d'un « processus long de [sa] mise en faillibilité [qui le] place au bord du gouffre financier » et qui s'appuie notamment sur la « construction [...] d'un discours sur la crise économique et le manque de moyens »<sup>15</sup>. C'est à cette époque aussi que l'État va déployer une grande quantité d'outils de calcul et d'évaluation pour *rationaliser* le travail, *maîtriser* les dépenses publiques, et *évaluer* les performances dans tous les secteurs de l'éducation, de la recherche, du travail social etc. C'est depuis cette période de *rationalisation* à outrance que le budget alloué à la santé n'a cessé de diminuer, de même que les cotisations patronales et les impôts sur les hauts revenus etc.<sup>16</sup>.

Pourtant, il n'en a pas toujours été ainsi. Il a existé un système de *prix de journée* des années 40 à 70. Dans ce système, « chaque journée d'hospitalisation se voyait attribuer un prix »<sup>17</sup>. C'est-à-dire qu'il s'agissait d'un système d'enveloppes ouvertes, qui variaient selon le nombre de journées passées à l'hôpital, sans renseignement sur le type de pathologie prise en charge. Depuis la fin des années 50, la possibilité d'un tel financement a souvent été attribuée à un contexte de croissance économique forte (le baby-boom, plein emploi, etc.) où l'on voyait « l'État, l'assurance maladie, les collectivités locales, les établissements [de santé] eux-mêmes et aussi la Caisse des dépôts »<sup>18</sup> investir massivement dans le système de santé publique<sup>19</sup>.

Mais dès la fin des années 70, la vague néo-libérale gagne du terrain et « les dépenses de santé, d'abord image d'un modèle en expansion, deviennent un problème »<sup>20</sup>. En effet, le financement au *prix de journée* n'est pas limitatif selon ses détracteurs, il ne permet pas « d'endiguer l'augmentation des

---

<sup>13</sup> Construction au sens de *fiction politique* qui impacte l'imaginaire pouvant légitimer et faciliter l'acceptation de choix politiques, comme le rappelle récemment Paul B Preciado lors d'une conférence en mars 2020 à Paris.

<sup>14</sup> L'argument est qu'il faudrait réduire les dépenses publiques et résorber la dette pour ne pas freiner l'investissement des entreprises dans l'économie du pays, rhétorique économiste néo-libérale creuse qui est restée la même, tous gouvernements confondus, depuis lors...

<sup>15</sup> Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent *La casse du siècle – A propos des réformes de l'hôpital public*. Raisons d'agir éditions – avril 2019, p 84

<sup>16</sup> L'exemple typique étant la suppression de l'Impôt Sur la Fortune

<sup>17</sup> Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent *La casse du siècle – A propos des réformes de l'hôpital public*. Raisons d'agir éditions – avril 2019, p 86

<sup>18</sup> *Ibid*, 2019, p 85

<sup>19</sup> « Le nombre de personnes admises à l'hôpital passe [...] de 1,5 millions en 1948 à 6 millions en 1978 ; le nombre de médecins pour 100 lits, de 3 à 10 en 1980 ; le nombre de lits hospitaliers, de 350 000 en 1961 à 440 000 en 1979 » *Ibid*, 2019, p 85

<sup>20</sup> *Ibid*, 2019, p 85. Il semble insupportable pour les néo-libéraux de concevoir qu'un hôpital puisse être excédentaire en termes de budget. Cela prêle à sourire quand on sait que c'est précisément sur cette logique que les cliniques privées font des profits.

dépenses »<sup>21</sup>. Dès 1981, le ministère de la santé se donne alors pour but de « tenir les dépenses » et de traduire l'activité des hôpitaux en « production » et en « coûts »<sup>22</sup> au travers d'une série de réformes gestionnaires<sup>23</sup>. En 1983, le ministère de la santé met en place la *dotation globale de financement* qui met fin au *prix de journée*. Il s'agit d'un budget alloué chaque année aux hôpitaux indépendamment de leur activité (on parle aussi d'enveloppe fermée). Ce système de budgétisation a été taxé d'inégalitaire dans la mesure où le budget n'était pas adapté à la hausse ou à la baisse de l'activité : « on lui attribue un *risque de rente de situation* pour des établissements dont l'activité diminue tandis que leur budget est reconduit et de la pénalisation des établissements dont l'activité augmente sans que les budgets suivent »<sup>24</sup>. Mais ce système faillible va laisser le temps aux technocrates<sup>25</sup> d'affiner les instruments de gestion qui permettront, à terme, au ministère de « connaître la production de chaque hôpital ainsi que son coût »<sup>26</sup>.

### **Le PMSI, genèse de la T2a**

Ces instruments de gestion sont intégrés au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), présenté comme un outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière, propulsé par Jean de Kervasdoué dès 1982 alors qu'il est responsable de la Direction des Hôpitaux. En plus d'avoir été directeur des Hôpitaux de Paris, Jean de Kervasdoué a été économiste de la santé, titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du CNAM et membre de l'Académie des Technologies. Ce technocrate zélé est très engagé contre les écologistes, il dénigre le *principe de précaution* défendu par ces derniers et écrit à son encontre un réquisitoire en 2011 !<sup>27</sup>. Par ailleurs, Jean de Kervasdoué vante les mérites du tout nucléaire et déclare que « les OGM sont un bienfait pour l'humanité » ou encore que « l'utilisation actuelle des pesticides n'est pas dangereuse pour la santé »<sup>28</sup>. Oui... un type formidable qui gagne à être connu, notamment comme le promoteur du... PMSI !

Après une période de tests et d'affinement du programme dans des hôpitaux *pilotes*, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière stipule : « les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale ». Ces établissements doivent transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » selon les articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. À cette fin, ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des

---

<sup>21</sup> *Ibid*, 2019, p 86

<sup>22</sup> *Ibid*, 2019, p 87

<sup>23</sup> Propulsé par le technocrate Jean de Kervasdoué alors directeur des Hôpitaux, que nous présenterons plus tard.

<sup>24</sup> « En pratique, et cela n'a pas été publié, les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation, ancienne appellation des ARS actuelles) pouvaient remodeler l'offre des établissements sur la base de statistiques de morbidité hospitalière traitée grâce à une part de l'enveloppe régionale qu'elle dédiait à cela » Bernard Odier, *Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP*. L'information Psychiatrique 2007.

<sup>25</sup> « Le ministère aidé de chercheurs en sciences de gestion de l'école des Mines et de Polytechnique, met sur pied un système d'information qui classe les séjours en grandes catégories, ainsi qu'un système national permettant d'établir le coût moyen de production de chacun de ces établissements ». « L'opération est longue (plus de quinze ans) ». Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent *La casse du siècle Op. Cit.* p 87

<sup>26</sup> *Ibid*, 2019, p 87

<sup>27</sup> « Kervasdoué règle ses comptes avec les prophètes de l'apocalypse », *Le Figaro*, 24 octobre 2007

<sup>28</sup> Pierre-Louis Gourdoux, « J. de Kervasdoué : "les OGM sont un bienfait pour l'humanité" », *Contrepoints*, 18 juin 2014

pathologies et des modes de prise en charge »<sup>29</sup>. En l'occurrence, ces *Systèmes d'Information* ne sont rien d'autre que les outils informatiques.

Le PMSI va alors permettre un recueil de données médicales et économiques : « médicale, car son premier niveau de classification est fondé sur des critères médicaux et économiques, car les séjours classés dans un même groupe ont, par construction, des consommations de ressources voisines ».<sup>30</sup> Le « groupe » dont il est ici question est ce que l'on retrouve sous l'appellation de Groupe Homogène de Malade (GHM) et nécessite le recours à l'informatique pour gérer des données sinon trop complexes à traiter : « l'application de l'algorithme de groupage est réalisée à l'aide d'un outil logiciel : la *fonction de groupage*, produite par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) chaque année.»<sup>31</sup>. Cette notion de GHM est très importante et son origine est significative. Aux Etats-Unis, à la fin des années 70, les assureurs privés veulent disposer d'une facturation individualisée des séjours hospitaliers. Un économiste de la santé, le Dr Fetter, propose en 1979 le système des Diagnosis Related Groups (DRG) ou Groupe de Diagnostics Analogues dans lequel le diagnostic principal, celui de la maladie dont le traitement organiserait le séjour, est censé « expliquer » le coût de l'ensemble du séjour. C'est Jean de Kervasdoué qui importe ces DRG « qu'il a découverts lors de son passage à l'université de Cornell, aux Etats Unis, [et] qui constitueront l'architecture du système d'information et de financement de l'hôpital pour les décennies suivantes ».<sup>32</sup>

On voit bien ici comment l'*informatisation* de la santé est un enjeu de taille pour les néolibéraux et les marchés financiers. En effet, ce sont les GHM qui permettent de définir un coût moyen complet ainsi que la décomposition de ce coût en composantes (personnel médical, infirmerie, consommables etc.) permettant de faire varier les dépenses en fonction d'un nouveau protocole ou d'une nouvelle thérapeutique<sup>33</sup> afin de dégager du temps pour de nouvelles activités et *rentabiliser* l'hôpital en le maintenant à « flux tendu ». On peut à ce titre parler d'une véritable *taylorisation* de la santé. En 1989 sont alors créés les Départements d'Information Médicale (DIM)<sup>34</sup> qui, au sein de chaque établissement de santé, œuvrent à la collecte et au bon déroulement du recueil des données médicales avant de les transmettre à l'ATIH. Il faut tout de même savoir que des médecins sont responsables de ces « unités » à temps plein. Des médecins qui ne voient pas de patient. Ils traitent uniquement des données ! Le PMSI permettrait selon ses promoteurs de disposer du coût réel des hospitalisations en France, « données essentielles aux *études médico-économiques* ». Il serait supposé, de ce fait, être un « outil de réduction des inégalités de ressources entre établissements de santé »<sup>35</sup>, entre départements et entre régions.

Et c'est la formation des GHM, dans le cadre du PMSI, qui a permis d'opérer « la transformation des *coûts moyens par séjours en tarifs* » dont va logiquement découler la création de la Tarification à l'Acte (T2a) en 2004. Dans un article du Monde, la journaliste Eléa Pommiers synthétise très bien ce qu'est la T2a :

---

<sup>29</sup> Voir le site de L'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/mco/presentation>

<sup>30</sup> ATIH Op. Cit. <https://www.atih.sante.fr/mco/presentation>

<sup>31</sup> *Ibid*

<sup>32</sup> Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent La casse du siècle Op. Cit. p 31

<sup>33</sup> Il est évident que les approches aux résultats spectaculaires à court terme sont de mise.

<sup>34</sup> D'après la circulaire publiée le 24 juillet 1989 qui en a défini les fonctions et l'organisation.

<sup>35</sup> Rapport de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles 2012 : <http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-onzus-2012.pdf>

La T2A représente aujourd'hui 70 % des ressources des hôpitaux publics, mais elle est aussi le mode de financement des établissements de santé privés. Comme son nom l'indique, elle rémunère les établissements en fonction de l'activité médicale qu'ils réalisent. Elle s'applique aux activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie. Sous une apparence technique, le principe en est relativement simple. Concrètement, grâce à un codage informatique, les patients sont regroupés en « groupes homogènes de malades », eux-mêmes regroupés en plusieurs « groupes homogènes d'hospitalisation » en fonction des diagnostics et des actes médicaux pratiqués. A chacun de ces groupes (près de 2 300), le ministère de la santé applique chaque année un tarif, sur la base duquel l'Assurance-maladie rembourse l'établissement.<sup>36</sup>

Cette logique de tarification, qui permet à « l'État d'inciter et de désinciter à certains types de prises en charge »<sup>37</sup>, pose problème lorsque le niveau du tarif « ne couvre pas le coût » de celles-ci : « si un certain nombre de séjours se sont vite avérés rentables [...], d'autres activités ont, elles, souffert de ce mode de financement transformant les patients en fardeaux financiers. [...] La T2a privilégie dans ses modes de calcul les actes techniques et quantifiables, délaissant les activités de suivi et d'échange avec le patient ».<sup>38</sup> Les hôpitaux publics qui doivent recevoir toutes les demandes ne peuvent pas, par définition, être *rentables*. L'accueil de patients porteurs de maladies chroniques et/ou la précarité sociale de bon nombre d'entre eux nécessitent souvent du temps et un accompagnement social, pratiques qui sont peu ou pas valorisées par la T2a. En revanche, on sait que la mise en place de la T2A a surtout profité aux cliniques privées à l'instar de ce qui s'est passé aux Etats-Unis dans les années 80.<sup>39</sup>

Et c'est précisément la logique du chiffre, c'est-à-dire le principe de la rentabilité à l'hôpital, qui est dénoncée lors des très nombreuses grèves qui depuis plusieurs années se font l'écho d'un profond malaise concernant la santé publique en France. Dans les faits, le PMSI et la T2a accompagnent depuis une vingtaine d'année la baisse constante des moyens (humains et matériels) alloués à la santé.<sup>40</sup> On ne compte plus les catastrophes sanitaires à l'hôpital public et notamment dans les services d'urgence. L'épidémie de Coronavirus en est un triste révélateur. Cette prétendue « réduction des inégalités » par le recours à ces outils de rationalisation pseudo-scientifiques tel que le PMSI et la T2a se traduit *in fine* par la *généralisation de la misère* en matière de santé et la banalisation de la « médecine de guerre ». En cas de crise, on trie les patients que l'on veut soigner en dépit de moyens suffisants pour soigner tout le monde.

Si la T2a n'a jamais été appliquée en psychiatrie, cette dernière se situe-t-elle pour autant en dehors de ce paradigme gestionnaire ? Nous allons voir en quoi cela n'est pas le cas.

---

<sup>36</sup> Eléa Pommiers *Qu'est-ce que la T2a qui cristallise les tensions à l'hôpital*, Le Monde, 13 février 2018

[https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/02/13/qu-est-ce-que-la-t2a-qui-cristallise-les-tensions-a-l-hopital\\_5256264\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/02/13/qu-est-ce-que-la-t2a-qui-cristallise-les-tensions-a-l-hopital_5256264_1651302.html)

<sup>37</sup> « Pour l'année 2018 par exemple, une fracture bénigne de la jambe est payée 1399,88 euros, un accouchement sans complication 3747,32 euros [...] » Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent *La casse du siècle* Op. Cit. p 90

<sup>38</sup> L'hôpital, depuis 2004, a eu tendance, du fait des pressions financières liées au système de tarification, à calculer à tout va pour savoir quels séjours rapportaient plus que d'autres, à se focaliser sur ces séjours, à ouvrir des services en fonction de business plans, tout cela dans l'objectif de présenter des comptes de résultats dans le vert » *Ibid*, 2019, pp 89 - 90

<sup>39</sup> « Aux Etats-Unis, 15 % des hôpitaux ont fermé pendant les dix premières années de la réforme. Le dernier hôpital public de Washington a fermé en janvier 2005 » dans Bernard Odier, *Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP*. Op. Cit.

<sup>40</sup> Eléa Pommiers « *Qu'est-ce que la T2a qui cristallise les tensions à l'hôpital ?* », Op. Cit.

## Le PMSI en psychiatrie, un échec ?

En 1990, un groupe de 13 psychiatres, appelé le "groupe des 13", constitué de psychiatres du service public et du privé volontaires, est chargé par le Ministère de la santé de travailler sur la gestion de l'information médicale en psychiatrie, sous l'impulsion de... Jean de Kérvasdoué ! Le 9 mars 1994, ce groupe achevait sa mission en remettant à la *Mission PMSI* de la Direction des Hôpitaux son *Rapport d'orientation sur les modalités possibles d'extension du PMSI aux activités de psychiatrie*.<sup>41</sup> De 1995 à 1998 cette *Mission PMSI* en association avec ce "groupe des 13" et d'autres acteurs tels que l'Association des Directeurs d'Établissements de Santé Mentale (ADESM), la Conférence des présidents de CME, la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY), l'Union Nationale des Familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et la Fédération Hospitalière de France (FHF), vont constituer une banque de données issues d'établissements et de services de psychiatrie, destinée notamment à tester les propositions contenues dans le rapport de 1994. Ce travail a finalement démontré l'impossibilité d'une application *stricto sensu* du PMSI au champ de la psychiatrie. Il est alors reconnu que « l'activité en psychiatrie est réalisée sur une multitude de lieux de soins, par une multitude de catégories professionnelles et la standardisation des soins et de leur coût est impossible ».<sup>42</sup>

Il est évidemment plus difficile de construire des *Groupes Homogènes de Malades* en psychiatrie qu'en Médecine Chirurgicale et Obstétrique (MCO).<sup>43</sup> En psychiatrie, « à diagnostic équivalent, un individu aura moins de chances d'être hospitalisé si le trouble est léger, s'il est coopérant et qu'un support social et familial est présent. A l'inverse, en l'absence de support social et familial, un patient non-coopérant atteint d'un trouble sévère aura de fortes chances d'être hospitalisé ».<sup>44</sup>

La psychiatrie échappe donc à la T2a et à tout autre modèle de tarification standardisé, pour le moment. Elle continue à être financée sur le principe d'une *dotation globale de financement* qui devient la DAF (Dotation Annuelle de Fonctionnement) au moment de la mise en place de la T2a. La DAF est ensuite répartie par les chefs d'établissements et les chefs de pôles entre les différents services. Mais la psychiatrie est bien sous le régime de la *maîtrise des dépenses* et il est clair que les décideurs souhaitent traduire en coûts l'activité psychiatrique afin de trouver un modèle de tarification, *coûte que coûte*. Dans le même temps, le Ministère, les directions, les ARS etc. font la sourde oreille en ce qui concerne les grèves et revendications des soignants demandant plus de moyens en psychiatrie par le biais d'une augmentation de la DAF.

## La création d'un modèle propre à la psychiatrie, la VAP

C'est ainsi qu'en octobre 2004, le comité de pilotage du PMSI en psychiatrie publique (dont le "groupe des 13" fait partie) s'est vu confier, par le Ministre Philippe Douste-Blazy, la mission de lui proposer

---

<sup>41</sup> Voir [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1656/Rapport\\_recueil\\_complementaire\\_psy\\_6\\_2004.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1656/Rapport_recueil_complementaire_psy_6_2004.pdf)

<sup>42</sup> Voir sur le site : <https://lerimp.fr/rimp/>

<sup>43</sup> Par exemple pour l'appendicite, qui concerne la MCO, où « le diagnostic désigne à la fois la maladie, le traitement (chirurgical) et le pronostic (dans 90 % des cas le malade sort dans les 48h heures), les performances des [GHM] sont bonnes. Mais plus l'on s'éloigne des zones où les maladies sont aiguës et les traitements codifiés, plus elles chutent » dans Bernard Odier, *Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP*. Op. Cit. p 540

<sup>44</sup> *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique* sous la direction de François Sicot ed. L'Harmattan coll. Logiques Sociales 2019 pp 241 - 242



un modèle pluraliste de financement censé prendre en compte la complexité des réalités que recouvre une prise en charge en psychiatrie. C'est dans ce cadre que la VAP (Valorisation de l'Activité en Psychiatrie) est créée. Le PMSI devient alors le *Recueil d'Informations Médicales – Psychiatrie (RIM-P)*, décrivant des *coûts* en relation avec l'*activité*. Il est intégré à la VAP ainsi que trois autres compartiments. Chacun de ces compartiments devaient, à terme, être attribué à une part du financement global des services. Ce financement devait donc être calculé à partir des scores enregistrés sur chacun de ces compartiments.

Un compartiment *géo-populationnel* devait prendre en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques sur le plan régional, territorial et sectoriel qui devait rendre compte des spécificités d'un territoire. Le recueil de telles données, qui pourraient comprendre le numéro de sécurité sociale, le niveau de revenu, la situation matrimoniale du patient etc., pose de nombreuses questions éthiques et politiques.

Un autre compartiment devait décrire des *Missions d'Intérêt Général (MIG)* remplies par le service. Bernard Odier en fait une critique très pertinente en expliquant que ce compartiment « *constitue le pendant de la convergence tarifaire public/privé* ». <sup>45</sup> C'est cette tendance que l'on retrouve depuis 2016 avec la mise en place des PTSM (Projets Territoriaux de Santé Mentale) encadrés par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui, sous prétexte de décloisonnement de l'hôpital, donnent l'occasion à des acteurs associatifs et privés de remporter des appels à projets répondant à des MIG qui relevaient jusqu'alors de missions du service public et dont les crédits empiètent sur ceux de l'hôpital.

Et enfin, un compartiment devait être réservé aux *médicaments onéreux*, qui était censé anticiper le risque de surcoûts en cas de découverte de nouvelles molécules qui « révolutionneraient » les soins.

Le fonctionnement de la VAP aurait répondu aux mêmes principes que la T2a. C'est-à-dire qu'à partir des cohortes renseignées par le RIM-P, l'objectif était d'exercer une *tarification standardisée*. La particularité de la VAP aurait été, par exemple, de pouvoir modérer le RIM-P grâce à une *tarification* liée à la précarité sociale d'un patient renseignée dans le compartiment géo-populationnel.

Cependant, la VAP n'a à ce jour jamais été appliquée telle qu'elle a été conçue par la mission PMSI-PSY. Une mise en place progressive devait se faire à partir de 2007<sup>46</sup> mais seul le RIM-P a fait l'objet d'une application systématique.<sup>47</sup> Il semble effectivement primordial pour les décideurs de maintenir l'actualisation du *recueil de données* entamé en 1990.

## **Le RIM-P, un outil d'étude épidémiologique ?**

Lors de sa mise en place, le RIM-P a été présenté comme un outil de recherche épidémiologique. Une étude sociologique s'intéressant à la socio-genèse du RIM-P rapporte que les intérêts divergeaient, notamment au sein du groupe des 13 psychiatres qui travaillaient à son élaboration. S'il s'avère que certains avaient clairement l'idée de développer leur logiciel afin de le commercialiser, d'autres, qui

---

<sup>45</sup> Bernard Odier, *Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP*. Op. Cit. p 545

<sup>46</sup> Encadré par un arrêté du 29 juin 2006

<sup>47</sup> La VAP a toutefois bien servi de modèle théorique les ARS et les établissements qui ont pu en tester certains paramètres notamment pour orienter les décisions de répartition de la DAF comme on le verra plus tard.

étaient peut-être plus soucieux du devenir de la psychiatrie publique, se sont posé de plus en plus de questions.<sup>48</sup> Un membre du groupe témoigne qu'un « malentendu » a été entretenu lors des discussions pour, selon lui, ne pas bloquer le processus de son élaboration à cause de ces trop fortes divergences d'intérêts au sein du groupe. Un responsable de DIM rapporte qu'il avait des doutes quant aux objectifs de la mise en place du PMSI en 1994. Lorsqu'il s'est rendu compte, plusieurs années après, qu'il s'agissait bel et bien d'un outil voué à la tarification, ce responsable interroge Jean de Kervasdoué en personne qui lui répond : *"oui, mais à l'époque, je ne pouvais pas le dire"*<sup>49</sup>. Ça en dit long... De plus, cette étude menée dans les établissements sur les conditions de production de l'information et la façon dont le RIM-P a été pensé par les gestionnaires amène les sociologues à douter de la *fiabilité* et de la validité de cet outil en matière de recherche : « *In fine*, il apparaît que les objectifs de financement de l'activité en psychiatrie et de connaissance épidémiologique ne sont pas compatibles »<sup>50</sup>. Un ancien directeur d'hôpital raconte : « Il y avait une ambiguïté dans les propos des dirigeants politiques parce qu'on nous disait *"le [RIM-P] ne servira pas à des fins budgétaires"*, on disait *"le [RIM-P] c'est le moyen de mieux connaître son activité et ce qu'on fait. C'est quelque chose qui vous est utile à vous et nous n'avons pas d'intention en tant que tutelle de nous servir de cet outil-là et surtout pas en tant qu'outil budgétaire"*. Ce qui était évidemment faux et on était un certain nombre à penser que c'était faux. Mais le discours officiel c'était celui-là. »<sup>51</sup>

Voilà une belle histoire de duperie concernant les fins de la mise en place du RIM-P<sup>52</sup>. Essayons maintenant de comprendre sur quels critères celui-ci fonctionne.

### Une réduction nécessaire de la notion de diagnostic

En tout état de fait, le RIM-P permet la formation de GHM (Groupes Homogènes de malades). Pour que cela soit applicable en psychiatrie, il faut non seulement diversifier les types de données pour rendre compte de la complexité des PEC (ce qui est compris dans la VAP, bien que sa standardisation ne soit pas effective comme on l'a vu) mais il faut surtout maintenir une équivalence repérable entre « *diagnostic* » et « *coût* ». Pour ce faire, il faut opérer une *réduction* de la complexité de la nosographie psychiatrique à des *catégories diagnostiques* facilement identifiables. Et ce choix d'étiquetage diagnostic est permis par une référence constante de la Haute Autorité de Santé et des ARS à la Classification Internationale des Maladies Mentales – 10 (CIM - 10 classification européenne) et au Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM)<sup>53</sup>.

---

<sup>48</sup> Voir *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique* sous la direction de François Sicot Op. Cit.

<sup>49</sup> *Ibid*, DIM, G13-2 p 231

<sup>50</sup> *Ibid*, 2019, p 34

<sup>51</sup> *Directeur d'hôpital, expert Mission-PMSI Abena Tsoungui 2013* dans *Ibid*, 2019, p 229

<sup>52</sup> Cela étant, il nous semble que la responsabilité incombe aussi à celles et ceux qui ont participé à la mise en place d'un tel outil médico-économique sous prétexte qu'ils pensaient mettre en œuvre un outil d'étude épidémiologique propre à la psychiatrie, happées qu'ils et elles devaient être par les sirènes de la science statistique et de l'outil informatique en plein essor à l'époque.

Voir à ce propos : « Derrière cette fascination pour l'innovation et ce rapport technophile au soin se joue la définition même du travail des soignants et du personnel au sein de l'hôpital » dans Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent *La casse du siècle* Op. Cit. p 116

<sup>53</sup> Classification américaine des soins s'appuyant sur des travaux de recherche émanant de l'Association Américaine des Psychiatres largement inscrite dans l'idéologie des *sciences neurocomportementales*.

Voir à ce propos le site du *Collectif Initiative pour une Clinique du Sujet Stop DSM*, stop-dsm.com et le communiqué du *Collectif des 39, Stop DSM* sur leur site <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=7796>

Au contraire d'un diagnostic *dynamique*, qui devrait se poser avant tout comme *hypothèse* en ce qui concerne la souffrance psychique, en construction avec le patient, et mis en discussion dans la sphère du collectif soignant, les critères diagnostiques retenus se font le jeu d'une confusion entre la *symptomatologie* et le *diagnostic* et réduisent celui-ci à un quasi-dépistage, unique et fixé *ad vitam* sur le patient<sup>54</sup>. Il s'agit de diagnostics qui prennent de moins en moins en compte la dimension sociale et historique de la pathologie psychiatrique en faveur d'une conception neuro-biologique d'un sujet constitué uniquement de son cerveau et de ses hormones. Ces diagnostics ont des équivalents en *codes* dans les logiciels de recueil de données qui abondent le RIM-P. Celui-ci permettra de faire correspondre le diagnostic principal effectué pour chaque nouveau patient entrant en psychiatrie à la durée de séjour lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation et/ou le type d'acte lorsqu'il s'agit d'une prise en charge en ambulatoire, répertorié par une grille qui comprend les catégories : Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion (ou grille EDGAR) que l'on retrouve telles quelles sur Cortexte. C'est cette opération qui permet la constitution de *cohortes de patients* ou GHM.

### **Produire du chiffre pour mieux gérer la psychiatrie**

Une fois collectées par les soignants et transmises par les DIM, « les données circulent hors des structures et sont à nouveau manipulées : contrôlées, validées, traitées par les ARS. Enfin, c'est l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) qui rassemblera toutes les données des [RIM-P] produites en France et à nouveau, au sein d'une organisation, les contrôlera et les traitera. Dans un dernier mouvement, les données des [RIM-P] sont renvoyées vers les acteurs sociaux : les ARS, les hôpitaux, la Direction Générale de l'Offre de Soins [...] »<sup>55</sup>.

C'est donc bien sur la base de ces données *produites* par les soignants, via des logiciels comme Cortexte, puis sur la base du traitement de ces données par des algorithmes, que des décisions sont prises par les responsables politiques en matière de financement des services de psychiatrie depuis de nombreuses années<sup>56</sup>. Ce recueil de données informatisées sert clairement un régime de *gouvernance par les chiffres* : « Depuis son instauration en 2006, les usages du [RIM-P] se sont multipliés : management des équipes et contrôle de l'activité des services et des professionnels par les directions des hôpitaux, amélioration de la performance, benchmarking, négociations avec les tutelles sur les budgets, incitations de l'Assurance Maladie à développer certaines activités de soins considérées comme favorables à la santé publique. »<sup>57</sup> Ici, les statistiques et leur prétendue *objectivité scientifique* remplacent ce qui devrait relever, idéalement, d'un processus perpétuel de délibération collective sur la scène du politique.

Dans son article *L'enseignant 2,0, producteur de données*<sup>58</sup>, Rémi Tréhin-Lalanne fait un parallèle

---

<sup>54</sup> Ce glissement diagnostique occasionne le fleurissement de nouvelles « maladies mentales », tel que, récemment, le *deuil*. On retrouve par exemple dans le DSM le *Trouble de l'Opposition et de la Provocation*, qui sert souvent de justification à bon nombre de recours à la contention et l'isolement dans des équipes en psychiatrie adulte lorsqu'elles jugent qu'un patient se montre trop « *impertinent* ». Ou encore l'*hyperactivité (ou TDAH)* servant de justification à la prescription et à la vente d'amphétamines (Ritaline) à des enfants agités.

<sup>55</sup> *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique* sous la direction de François Sicot Op. Cit. p 247

<sup>56</sup> « Lorsqu'on a voulu faire la répartition de la Dotation Annuelle de Financement (DAF) en Midi-Pyrénées, l'ARS s'est appuyée sur les données qu'elle avait sur la base régionales du RIM-P. » *Ibid* p 256.

<sup>57</sup> *Ibid*, 2019, p147

<sup>58</sup> Rémi Tréhin-Lalanne, *L'enseignant 2,0, producteur de données. Sur le déferlement d'outils de mesure dans l'école et ses ravages dans Le Monde en pièces – pour une critique de la gestion. Volume 1. « Quantifier »* Introduction du groupe Oblomoff Editions La

entre le discours statisticien qui vise à *justifier* les décisions des pouvoirs publics actuels et la doctrine statisticienne de Staline reflétant l'ancienneté de ce processus totalitaire. Ils citent pour cela A. Blum et M. Mespoulet : « Sous Staline, [...] on a affaire à un Etat qui a fait de l'usage des chiffres l'un des faits centraux de son argumentation politique. La légitimité de l'État bolchevique, État savant, était fondée pour partie sur l'affirmation du caractère scientifique des décisions de pouvoir. La statistique était information et outil de décision, mais aussi instrument de pouvoir car elle devait prouver la justesse de l'action de l'État. Érigée en preuve du bien-fondé de celle-ci, elle contribuait à construire symboliquement le monde social et économique de l'état stalinien. Cette fonction du chiffre apparaît de manière évidente dans la mise en œuvre de la planification : ici, le même chiffre est à la fois objectif à atteindre et une preuve de l'action »<sup>59</sup>. C'est cette légitimation que l'on retrouve à la source du mot d'ordre technocratique : *produire des chiffres sur la psychiatrie pour mieux gérer*<sup>60</sup>.

Encore une fois, on comprend clairement qu'avec cette marche forcée vers *l'informatisation de la psychiatrie*, l'État veut étendre son modèle de *tarification* qui s'opère par la *valorisation* des données statistiques *produites* par les soignants. Et la loi stipule clairement des menaces de retenue de salaire en cas de non-collaboration au recueil de données et des pénalités aux établissements qui ne transmettent pas ces informations<sup>61</sup>.

### **Une banalisation du discours tarifaire et ses impacts concrets dans les pratiques**

S'il n'existe pas de tarification standardisée *stricto sensu* en psychiatrie et hégémonique sur le territoire français, reste que l'ambiance est travaillée par les gestionnaires pour modifier en profondeur les pratiques institutionnelles. Comme nous l'expliquions plus haut, la formation du GHM a pour objet de traduire en les soins en coût les, qui entraîne la réduction diagnostic et la réduction du champ de la pensée. Le Réel se laissant difficilement capturer par les chiffres, il faut le tordre pour lui donner la forme que les technocrates attendent de lui. Et cette tendance coïncide avec ce retour à des pratiques de plus en plus coercitives et carcérales en psychiatrie. Pratiques qui trouvent souvent une justification grâce aux *sciences neurocomportementales*, auxquelles la HAS fait constamment référence dans ses *recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, que Benjamin Royer critique ainsi : « si une société décrète que la folie est un trouble neurodéveloppemental purement biologique », autrement dit réduit à un défaut de *fonctionnement*, ou à un déficit, alors « la pratique est un protocole sans parole, le soin passe par la contention et le lien social est perverti ».<sup>62</sup> Il n'y a alors plus de place pour l'accueil du *particulier* ou du singulier au profit du règne du *général* (P. Delion), du déjà là, paradigme *prescriptif* qui exproprie le sujet de son histoire et de sa singularité.

---

Lenteur, août 2012

<sup>59</sup> A. Blum et M. Mespoulet, *L'Anarchie bureaucratique. Statistique et pouvoir sous Staline*, Paris, La Découverte, coll « L'espace de l'histoire », 2003, p. 9. Ibid, 2012,

<sup>60</sup> D'après le titre du chapitre *Produire des chiffres sur l'école pour mieux la gérer* du même article de Rémi Tréhin-Lalanne

<sup>61</sup> D'après le Code de la santé publique - [Article L6113-7](#) : Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 1961 (n° 61-825 du 29 juillet 1961) et des pénalités aux établissements qui ne transmettent pas ces informations mentionnées au premier alinéa dans les conditions et les délais fixés par voie réglementaire sont passibles d'une pénalité prononcée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, dans la limite de 5 % de leurs recettes annuelles d'assurance maladie.

<sup>62</sup> Benjamin Royer, *Les sciences neurocomportementales, nouvelle avancée du néolibéralisme. De leurs origines économiques à leur utilisation politique en psychiatrie et dans l'éducation*, Paris, septembre 2019.

Et même si les équipes soignantes n'adhèrent pas aux orientations de la HAS, l'esprit gestionnaire opère en lui-même des modifications dans les pratiques. Par exemple, en 2017, dans un service de pédopsychiatrie de la région parisienne, un *contrat de pôle* qui lie le chef de pôle au chef d'établissement depuis la mise en place des Groupements Hospitaliers Territoriaux<sup>63</sup> prévoit une valorisation tarifaire, a minima, de son activité. Au sein de ce service, sans que cela fasse l'objet de concertation avec les équipes soignantes, une petite part du budget du pôle, l'*enveloppe de secteur*<sup>64</sup> se retrouve ainsi dotée, à un faible pourcentage, en fonction du *score* de la « *file active* » du service, c'est-à-dire le nombre de nouveaux patients entrant par année. Il apparaît alors dans ce pôle - qui souffre d'un manque constant de moyens, à l'instar de nombreux autres services de pédopsychiatrie - de véritables stratégies d'optimisation, insufflées par des responsables d'unité et le chef de pôle au regard de l'enregistrement de ladite « *file active* ». Des unités se sont mises à recevoir toutes les nouvelles demandes afin de diminuer la liste d'attente et obtenir *de meilleurs taux de performance*. Il est clair que cette diminution de la liste d'attente répond à une volonté de bien faire de la part des soignants, volonté accentuée par une stratégie managériale de culpabilisation. Seulement, pour la plupart des enfants reçus en première instance et rapidement, le manque de personnel implique qu'ils ne soient pas accueillis une nouvelle fois avant plusieurs mois ou plus jamais reçus (soit parce que les parents se sont tournés vers le médico-social ou le privé soit parce qu'ils « laissent tomber ») créant une rupture dans un premier lien thérapeutique dont on sait qu'il peut mettre le petit patient en grande fragilité. Mais en dépit des conséquences néfastes sur la santé des enfants, ces services seront la plupart du temps bien *évalués* par la direction et l'ARS au regard des données enregistrées sur Cortex par les soignants.

Un chargé de mission PMSI à l'époque du "groupe des 13" alerte déjà sur une « possible modification des pratiques professionnelles afin d'atteindre les objectifs fixés par la hiérarchie, la tutelle ou en tenant compte du contrôle exercé sur l'activité »<sup>65</sup> en dépit d'un discours minimisant ces effets de la part des gestionnaires. En effet, la mise en place du RIM-P est relativisée par les acteurs institutionnels en s'appuyant sur l'idée que les médecins et plus globalement les soignants ont une conscience professionnelle forte et que l'implantation de tels outils dans leur établissement ne modifierait pas tant les pratiques au profit de stratégies budgétaires. Ce qui s'avère plus compliqué dans les faits : « Les soignants sont pour partie des agents économiques comme les autres : ils agissent en fonction d'incitations et il est de leur nature de vouloir valoriser leur activité, c'est-à-dire en tirer un plus grand bénéfice pour eux-mêmes ou leur établissement »<sup>66</sup>. Autrement dit : « lorsqu'il est soumis aux pressions budgétaires et à l'idéologie de l'évaluation, le sujet est dans un tel état de pression et de perte de sens que le fait de répondre favorablement aux critères de l'évaluation devient prioritaire »<sup>67</sup>.

---

<sup>63</sup> Les GHT ont fait l'objet de nombreuses luttes pour dénoncer ses effets concentrationnaires et de réduction des moyens. Le GHT est remplacé aujourd'hui par le GHU qui renforce cette tendance.

<sup>64</sup> Soit environ 30 000€ par an qui sont alloués à l'achat de petits matériels, de jeux et de jouets, des sorties et activités thérapeutiques.

<sup>65</sup> *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique* sous la direction de François Sicot Op. Cit. p259

<sup>66</sup> Un détour en MCO nous permet de voir que la supposée « bonne conscience professionnelle » n'empêche pas certaines catastrophes encouragées par cette tendance à la stratégie budgétaire : « ça a été un épisode très marquant dans les années 90, trois médecins dans une clinique de Toulouse qui vous enlevaient la vessie, fallait pas tomber dans leurs pattes. Mais c'étaient des monstruosités » Ibid p 259. Il est intéressant ici de constater l'emploi de l'image du monstre, étranger à soi par sa cruauté et sa rareté, rhétorique parvenant souvent remarquablement à disculper les dispositifs relevant de choix politiques qui rendent possible ce genre d'aberration.

<sup>67</sup> Bénédicte Vidaillet, *Evaluez-moi ! – Evaluation au travail : les ressorts d'une fascination*. Ed Seuil, 2013

Puisqu'avec le RIM-P, « ce qui n'est pas compté ne compte pas »<sup>68</sup>, on constate par ailleurs une baisse importante d'activité en hôpital de jour, toujours en pédopsychiatrie, car les enfants qui restent moins de 3 heures par demi-journée ne sont pas comptabilisables en hospitalisation : il faut que l'enfant soit présent au moins 6 heures sur la structure pour que cela soit comptabilisé comme une hospitalisation. Une responsable de DIM qui déplore cette baisse d'activité en hôpital de jour déclarait : « Nous, la décision qu'on avait prise en 2014 c'est : on ne va pas changer nos habitudes thérapeutiques pour un problème de données informatiques »<sup>69</sup>. Or, il a bien fallu que cette équipe modifie les orientations en hôpital de jour pour des enfants qui demandaient idéalement une souplesse de l'institution dans leur prise en charge (permettant par exemple des temps d'inclusions en dehors de la psychiatrie, notamment à l'école).

On sait que cette logique du chiffre impacte également les pratiques en psychiatrie adulte. De nombreuses unités d'hospitalisation axent les prises en charge sur une sortie rapide des patients une fois stabilisés, favorisant un retour rapide au domicile ou... dans la rue, ce qui augmente concrètement le nombre de réhospitalisations par la suite<sup>70</sup>. Les lits sont régulièrement libérés pour pouvoir accueillir de nouveaux patients ce qui gonfle la file active des services aux dépens d'une rupture de lien pour des patient qui aurait pu bénéficier de sorties progressives. Même s'il existe des services de postcure ou un réseau associatif ou militant offrant un accueil en dehors de la psychiatrie, pour les plus fragiles, qui ont du mal à investir de nouveaux liens, les *sorties d'hospitalisation sont souvent l'occasion de ruptures et d'arrêts de soins (arrêt de la fréquentation des lieux de soins en ambulatoire, rupture sèche de traitements médicamenteux etc.)*. Ce mécanisme favorise les décompensations à répétition et des passages à l'acte rarement entendus comme des appels à l'aide. Cette situation n'arrange pas le nombre de patients en prison ou, de façon plus générale, aux prises avec la police<sup>71</sup>.

Il existe certainement de nombreux autres effets du PMSI et du RIM-P en psychiatrie et c'est entre autres à cet endroit que nous appelons aux contributions des soignants ou de toute personne engagée dans la lutte contre la destruction du service public.

En définitive, la marche des gestionnaires et des technocrates s'est faite de façon bien plus insidieuse qu'en médecine générale et a eu des effets réels et immédiats en psychiatrie : habituer et travailler l'opinion des soignants pour qu'il se fassent à l'idée qu'un modèle de financement forfaitaire n'est pas viable (soit parce qu'il serait inégalitaire soit parce qu'il ne traduirait pas l'activité réelle) pour ne laisser dans les imaginaires que la possibilité d'une *tarification* sur la base de données chiffrées, sous prétexte qu'elle « évaluerait » mieux les réels besoins financiers.

De plus, si les soignants remplissent majoritairement leurs actes sur les logiciels de recueil de données, ils ne le font pas de façon rigoureuse. Il y a deux raisons principales à cela : soit parce qu'ils

---

<sup>68</sup> *Ibid*, 2019, p 259

<sup>69</sup> *Ibid*, 2019, p 256

<sup>70</sup> Phénomène désigné par le concept de *Revolving Door*.

<sup>71</sup> Voir le communiqué du comité Vérité et Justice pour Babacar Gueye, tué par la police dans un moment de décompensation :

<https://blogs.mediapart.fr/collectif-justice-et-verite-pour-babacar-gueye> et l'article de Juliette Rousseau sur Bastamag :

<https://www.bastamag.net/Tue-par-la-police-Babacar-Gueye-violences-policieres-legitime-defense-enquete-reconstitution>.

Voir aussi sur le site de Paris Luttes Info : <https://paris-luttes.info/un-homme-est-mort-sous-les-balles-7104>.

Voir également : « Une personne détenue sur quatre souffrirait de troubles psychotiques. C'est huit fois plus qu'à l'extérieur. Face à cela, les gouvernements successifs ont fait le choix de faire entrer le soin en prison plutôt que de faire sortir les malades » dans *Observatoire international des prisons - section française, Malades psychiques en prison : une folie*, Blog de Mediapart, 15 mai 2018.

le font en y consacrant le moins de temps possible<sup>72</sup>, soit parce qu'ils ont justement bien compris qu'il y avait une incidence à terme sur le financement, et ils optent pour une façon *stratégique* de les remplir. On voit alors apparaître une multitude de pratiques de « triche » pour gonfler artificiellement l'activité des services et tenter de tirer son épingle du jeu.

Il s'avère donc que le RIM-P n'a jamais été un bon indicateur épidémiologique et qu'il traduit par ailleurs difficilement le coût réel des prises en charge en psychiatrie, pour autant que cela soit possible et ait un sens. Mais son application a su modifier en profondeur les pratiques institutionnelles et imposer la primauté de la gestion sur la clinique.

### **Le RIM-P et le DPI, outils de fichage et de contrôle**

Outre l'impact gestionnaire désastreux de ces outils informatiques en psychiatrie, il nous faut mettre en avant les risques en matière de protection de la vie privée des patients et du fichage de la population psychiatrique à des fins de contrôle.

Olivier Labouret explique qu'avec l'informatique, "de nouvelles technologies de contrôle social se développent insidieusement [...] accélérant le fichage de toute la population ». Il d'écrit dans un article<sup>73</sup> comment, avec son informatisation, la psychiatrie se trouve à l'intersection des quatre grands domaines du fichage : « fichage policier, des pauvres, des autres populations à problème et des malades". Il explique que « le Dossier Patient Informatisé [...] comprend une fiche patient superposable aux données du RIM-P, à laquelle s'ajoute le Dossier Médical Personnel » et que « rien n'interdit techniquement un accès abusif aux données du DPI ou du RIM-P, leur transmission à un tiers ou leur interconnexion avec d'autres fichiers ». Les seules barrières sont selon lui « réglementaires, déontologiques (secret professionnel et médical et la responsabilité du DIM) et légales (« chaque personne a droit au respect de sa vie privée » : article 9 du code civil). Mais à partir du moment où le patient accepte l'enregistrement de son DPI, la confidentialité de l'informatisation des données personnelles en psychiatrie (IDPP) n'est pas garantie et « il n'existe qu'un contrôle aléatoire et ponctuel du respect des procédures d'anonymisation des données ». De plus le RIM-P n'est pas strictement confidentiel : « Le fichier conservé au DIM est nominatif, son anonymisation s'effectue quand il est transmis et non à la source ».

Dans son avis n°104 de mai 2008, le Comité consultatif national d'éthique (OCNE) parlait, lui, de « risque d'atteinte aux libertés individuelles au profit de certains organismes, notamment administratifs, financiers ou assurantiels »<sup>74</sup>

Nous verrons plus loin en quoi ce fichage de la population psychiatrique rejoint la question de la marchandisation de la santé mentale.

---

<sup>72</sup> Par manque d'intérêt, parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi on leur demande de passer autant de temps dessus ou parce qu'ils préfèrent à juste titre passer ce temps avec les patients : « les acteurs enregistrent des informations en fonction du sens qu'ils donnent ou que leur établissement donne à cette action et aux usages qui en sont ou pourraient en être faits » *Ibid*, 2019, p 253

<sup>73</sup> Olivier Labouret, *Le fichage en psychiatrie – Résister contre l'informatisation des données personnelles en psychiatrie*. Dans : Nouveaux Cahiers Pour La Folie, N°2, janvier 2012.

<sup>74</sup> Par exemple, les FPR (Fichiers des Personnes Recherchées), gérés par la Police Nationale et la Gendarmerie, peuvent contenir des informations sur les personnes recherchées qui ont été hospitalisées en psychiatrie. Voir Lise Verbeke, *Fiches S, FPR, et FSPRT, plongée dans les fichiers de l'antiterrorisme*, site de France Culture, 26 Mars 2018.

## Vers une tarification de la psychiatrie publique

A l'heure où nous écrivons cet article, le rapport sur la réforme du financement de la psychiatrie<sup>75</sup>, piloté par le Dr Frank Bellivier, semble accélérer la mise en place d'une tarification standardisée en psychiatrie pour janvier 2021 sur le principe de la VAP (bien qu'il n'en soit pas clairement fait mention). On y retrouve quatre compartiments : un compartiment *populationnel* basé sur le recueil de données géo-populationnelles, un compartiment pour le *développement d'activités nouvelles* qui semble reprendre le principe de la dotation des MIG, un compartiment sur *la qualité*, probablement pour valoriser le respect des protocoles de certification de la HAS<sup>76</sup>, et un compartiment pour favoriser ... *la réactivité* ! Ce dernier a clairement pour but de valoriser la *file active* déjà renseignée grâce au RIM-P : « cette modalité sera versée aux établissements au regard de leur capacité à prendre en charge des patients ». Le compartiment sur les données *géo-populationnelles* devrait, quant à lui, correspondre à la plus grosse part du financement. Quelles données vont-elles être renseignées dans ce compartiment ? Nous voyons depuis peu des administrations ordonner aux soignants de demander le numéro de sécurité sociale aux familles ou patients qui viennent sur les secteurs de psychiatrie publique<sup>77</sup>. Ce compartiment populationnel va sans aucun doute bénéficier à un profilage des populations ayant à faire à la psychiatrie et orienter les choix politiques en matière d'optimisation des ressources publiques.

Entre autres joyusetés, on apprend dans ce projet de réforme la mise en place d'un *paiement groupé* qui propose un financement *forfaitaire unifié* pour une *séquence donnée de soins ville-hôpital* (privé comme public) permettant « d'évaluer les organisations les plus innovantes et efficaces ». On y apprend aussi que « la tarification à l'activité garantit à tous les patients la réactivité du système de santé » (étonnant) et que s'il est moins indiqué pour les pathologies chroniques, cela relève principalement d'un problème de *nomenclature* : « il est essentiel que ces nomenclatures soient remises à jour au rythme de l'évolution des techniques médicales, sinon le paiement à l'activité devient peu pertinent puisqu'il dirige les financements sur des techniques dépassées et ne permet pas forcément au patient de bénéficier des nouvelles techniques plus efficaces ». Le Pr Bellivier et sa clique semblent bien attachés à ces *nomenclatures* : « il faut engager la révision des *nomenclatures* de manière à les rendre plus réactives aux innovations technologiques. Il faut aussi transformer les processus de gestion des *nomenclatures* pour éviter une nouvelle dégradation à l'avenir ». Il faut comprendre ici que les patients au long court posent vraiment problème à l'ordre technocratique. Savoir que des patients ont besoin de prises en charges longues semble en effet ne pas plaire au Pr Bellivier qui confond *brièveté de l'occupation des lits avec soins de qualité* : « Et le prix de journée n'incite pas forcément à obtenir la meilleure prise en charge du patient. En témoigne la durée d'hospitalisation en psychiatrie plus longue dans le privé (38 jours) que dans le public (28 jours) »<sup>78</sup>.

---

<sup>75</sup> A consulter ici : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom\\_financement\\_ma\\_sante\\_\\_les\\_fiches\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_financement_ma_sante__les_fiches_vdef.pdf)

<sup>76</sup> Dont on sait, grâce à au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, qu'ils n'empêchent pas des pratiques « portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées », voir le rapport : [https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/joe\\_20160316\\_0064\\_0102.pdf](https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/joe_20160316_0064_0102.pdf)

<sup>77</sup> Avec cette pratique d'enregistrement de données en lien avec des soins psychiatriques « le risque porte sur l'exploitation de bases de données nominatives contenant des informations sur la vie privée des personnes, pour constituer des profils de populations et pour définir des dispositifs préétablis » et ces données peuvent être interconnectées avec les fichiers de la police depuis la loi Peren II et le décret d'application du 26 octobre 2007. Voir Muriel Bombardi, Keltoum Brahma, *Quand informatique rime avec réification*. Revue française de service social, n° 264, 2017.

<sup>78</sup> Voir Arnaud Janin, « La réforme du financement de la psychiatrie sera effective à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 », *decision-santé.com*, le magazine des décideurs de la santé, 26 septembre 2019



Eh oui, ceux qui ont les moyens sont aussi ceux qui bénéficient, pour se soigner, de cliniques qui ont la possibilité de prises en charges plus souples et adaptées à la clinique du patient.

Sans entrer davantage dans les détails, avec cette réforme du financement de la psychiatrie on imagine mal comment le service public va pouvoir accueillir de nouveaux patients psychiatriques en les suivant le temps qu'il faut, quelle que soit leur pathologie ou leur situation sociale. On imagine mal comment la logique du secteur psychiatrique et d'accueil inconditionnel pourra subsister.

Par contre on imagine bien une généralisation des Centres Experts qui n'auront plus que pour mission de diagnostiquer les patients et de les orienter vers le secteur privé à l'instar de ce que prône la *Fondation Fondamentale* (qui compte parmi ses membres rien moins que le Pr Bellivier)<sup>79</sup> avec une disparition progressive des Hôpitaux de Jour, des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, des consultations pluridisciplinaires en Centre Médico-Psychologique etc. et une impossibilité de suivre les patients sur le long cours. Pour exemple récent, dans le secteur médico-social en Nouvelle-Aquitaine, cette tendance est déjà bien à l'œuvre : un communiqué du Collectif des 39<sup>80</sup> raconte comment les CMPP<sup>81</sup> subissent une attaque massive de la part de l'ARS : « l'ARS exige (sans concertation) la transformation radicale de ces lieux de consultation généraliste en « centres experts » de diagnostic d'un seul type de pathologie dite « du neuro développement », concept dont les bases scientifiques sont controversées et la pertinence clinique non-confirmée, mais qui sert d'alibi pour gommer l'existence des dimensions psychodynamiques et psychosociales des pathologies pédopsychiatriques. L'ARS somme les CMPP de renoncer au soin psychique individualisé au profit d'une « gestion » de cohortes de cas : les enfants devraient se voir attribuer automatiquement un diagnostic et être dispatchés, selon leur « neuro-pathologie », à des rééducateurs et parfois thérapeutes. Ainsi, seules certaines familles auraient droit au remboursement des « soins » (au prix souvent pour leur enfant d'une étiquette d'handicapé) »<sup>82</sup>.

Cette conception réductionniste des soins serait renforcée par une *tarification à la file active* et aux données *géo-populationnelles*. Cette dernière accélérerait le processus de mise en concurrence des services<sup>83</sup> au sein de la psychiatrie publique et les rendraient d'autant plus vulnérables face au secteur privé. Nous pensons qu'il faut dépasser la logique de la tarification en psychiatrie au profit d'un système de dotation annuelle avec des enveloppes ouvertes au prix de journée qui ne dépendent ni de données *géo-populationnelles* ni de *tarification à l'acte* ou à la *file active*. Autrement dit, il faut en finir avec le paradigme du PMSI et de la T2a que l'on sait catastrophiques et refonder le principe d'un service public dont les équipes sont *disponibles* pour *accueillir* celles et ceux qui souffrent, *sans condition*.

---

<sup>79</sup> Benjamin Royer, *Les sciences neurocomportementales* : Op. Cit : « FondaMental développe et promeut une vision exclusivement biologisante de la maladie mentale et des soins inspirée strictement des paradigmes neurocomportementaux. Elle fonctionne selon le principe d'un partenariat public/privé inspiré du Think Tank l'Institut Montaigne qui œuvre à la diffusion d'une vision néolibérale de l'action publique et a pour partenaires pas moins de sept laboratoires pharmaceutiques, un groupe de cliniques privées, le site internet Doctissimo, l'agence de communication digitale Thinkovery, et pour mécènes Bouygues ou Dassault. Et c'est un chercheur responsable d'un centre expert Fondamental qui a été nommé Délégué ministériel à la psychiatrie ».

<sup>80</sup> Collectif constitué en 2008 en réaction au discours de Sarkozy sur l'hôpital psychiatrique à Antony et la déferlante sécuritaire qui en a découlé. Voir ce communiqué sur leur site : <https://www.collectifpsychiatrie.fr/?cat=13>

<sup>81</sup> Les Centres Médico-Psychologiques et Pédagogiques (CMPP) sont des associations conventionnées par l'ARS pour remplir des missions de soins et d'éducation auprès d'enfants présentant des troubles psychiques.

<sup>82</sup> Lire le communiqué sur <https://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=8897>

<sup>83</sup> Les services les plus à même de répondre aux exigences de gestion seront mieux dotés que ceux qui optent pour des soins adaptés à chaque enfant, ce qui demande de facto une souplesse du cadre institutionnel.

## Quand le tout numérique s'attaque à la Psychiatrie

Notre conviction dans la nécessité de lutter contre les outils de gestion informatisés demande un éclaircissement sur l'avancée de l'ordre néo-libéral. Dès les 30 glorieuses, qui constituent l'avènement de la société de consommation, on voit apparaître le « développement sans précédent de l'État »<sup>84</sup>, qui laisse une minorité s'accaparer tous les moyens de productions. Le contrôle de l'État constitue une « aliénation [qui s'étend] à tous les aspects de la vie »<sup>85</sup> avec le développement d'une « bureaucratie pléthorique pour se soigner, se divertir et, bien sûr, se procurer une quantité croissante d'énergie »<sup>86</sup>. C'est cette tendance qui amène après une quarantaine d'années de néolibéralisme à étendre la « gestion » de la vie des citoyens en recourant à un corps séparé de technocrates devenus dominants. Aujourd'hui, en dépit des fissures occasionnées par les « crises » du capitalisme et de la décrédibilisation des « promesses d'accès au confort matériel » servant d'alibi à une intensification des logiques de marché, « les gestionnaires ont conquis le monopole de la parole et des décisions, bien au-delà des activités créées par et pour eux (le nucléaire par exemple). Ils investissent désormais des pans entiers de la vie où l'on s'était jusqu'à présent parfaitement passé de leurs services, et rendent compliqués, voire impossible, les actes et les paroles les plus simples et les plus ordinaires »<sup>87</sup>.

Cette tendance qui voit le capitalisme s'étendre à de nouveaux secteurs jusqu'ici préservés de son emprise n'est pas nouvelle. Selon la théorie de Marx, le capitalisme fonctionne, entre autres phénomènes, sur la base de l'*accumulation* des richesses des secteurs qu'il a déjà soumis aux lois du marché et de son *extension* aux domaines qui lui échappent encore. La « valorisation économique » ou « production de valeur » devient un nouveau champ de possible extension du capitalisme grâce à la généralisation de la *quantification du vivant* puis grâce aux capacités renforcées de cette tendance qu'apporte l'informatique, machine à calculer et à quantifier ce que l'homme n'est pas capable de faire seul.

La machine se nourrit de données pour enrichir ses algorithmes, pour en générer de nouveaux et ainsi définir de nouvelles catégories marchandes (ou *cibles marketing*) à même de rapporter de l'argent à ceux qui détiennent les informations ainsi traitées. L'exemple le plus évident est celui de sociétés comme Uber ou Deliveroo mais aussi celui des GAFAM (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft). Nous n'avons jamais connu une telle accélération du capitalisme bien que cela repose sur le principe ancien de son extension permanente. Ce qui est nouveau, c'est l'aspect technologique de cette tendance (d'où le concept de « révolution technologique » du capitalisme).

---

<sup>84</sup> *Le Monde en pièces - pour une critique de la gestion. Volume 1. « Quantifier »* Introduction du groupe Oblomoff, Editions La Lenteur, août 2012

<sup>85</sup> *Ibid*, 2012

<sup>86</sup> *Ibid*, 2012

<sup>87</sup> *Ibid*, 2012

## La machine informatique, un outil neutre ?

Il est un lieu commun qui consiste à penser que l'informatique ou le numérique sont neutres, qu'il faut en faire un bon usage, le réguler et en être acteur pour ne pas le subir. Cette rhétorique est le produit d'une idéologie distillée par de nombreux acteurs de la promotion du numérique<sup>88</sup> qui diffusent à travers le monde. Dans leur ouvrage *Contre l'Alternumérisme*, Julia Laïnae et Nicolas Alep déconstruisent très bien cette pensée d'un monde numérique « où la multiplication des outils et des dispositifs informatiques amèneraient à une sorte d'autorégulation de la société désormais laissée en pilotage automatique, ouvrant la voie à une vie plus harmonieuse et libre sur terre, soulagée de ses lourdeurs, débarrassée de ses aspérités ». Bien au contraire, il s'agit selon eux, avec cette marche forcée vers la dématérialisation<sup>89</sup>, de « bouleversements considérables, imposant les ordinateurs et amplifiant les logiques gestionnaires dans toutes les industries, quasiment dans tous les métiers, dans la plupart des activités du quotidien. Les conséquences sociales sont énormes, les changements cognitifs et psychologiques très importants, l'uniformisation culturelle qui en résulte est sans précédent »<sup>90</sup>.

C'est ce discours, devenu quasiment hégémonique et qui ne laisse place qu'à la nécessaire *adaptation* au numérique, que l'on retrouve largement dans le projet de loi « ma santé 2022 »<sup>91</sup> d'Agnès Buzyn. Parmi les « nouveaux défis de la santé » tel que « le vieillissement de la population » ou « la forte augmentation des maladies chroniques », on n'y retrouve rien de moins que « les progrès technologiques » et « l'entrée du numérique dans le monde de la santé ». Le terme numérique apparaît à toutes les pages de ce projet de loi qui promet « un espace numérique de santé individuel et personnalisable pour chaque usager lui permettant d'avoir accès à ses données et lui offrir un ensemble de services, tout au long de sa vie ». On y insiste sur le fait que « l'accélération du virage numérique en santé constitue une attente forte des patients et des professionnels de santé »<sup>92</sup>. On y annonce qu' « un bouquet de services numériques intégrés, incluant la généralisation de la e-prescription d'ici 2021, sera développé pour faciliter l'exercice des professionnels de santé » (comprenant la « transmission sécurisée d'avis, partage des données de santé (DMP), d'alertes, ou encore d'images entre professionnels, services d'agendas partagés, ...). Et, sans surprise, ce virage numérique en santé fera l'objet d'un « pilotage national renforcé [qui] sera mis en place pour favoriser les synergies entre l'État, l'Assurance Maladie, les Agences Régionales de Santé, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (citoyens, professionnels, industriels)<sup>93</sup> », dans le cadre du « décloisonnement du service public » en matière de santé.

Cette synergie entre l'État et l'industrie (déjà bien engagée par les PTSM) ainsi promu par ce projet de loi annonce la récupération plus que probable d'un bon nombre de données produites par les soignants, mises en partage par le biais du Dossier Patient Informatisé ou futur Dossier Médical

---

<sup>88</sup> Comme l'Union internationale des télécommunications ou l'agence des Nations Unies spécialisée dans les Technologies d'Information et de Communication.

<sup>89</sup> « Dématérialisation » : Terme évidemment trompeur puisque les serveurs qui stockent les données numériques sont bien matériels eux, qui demandent des ressources énormes en énergie (souvent fournie par des centrales à charbon), et accentue les pratiques extractivistes de métaux rares très coûteux pour l'environnement et la santé des personnes qui travaillent sur ces sites d'extraction.

<sup>90</sup> Julia Laïnae, Nicolas Alep, *Contre l'alternumérisme*, Editions de la Lenteur, 2020, p 16

<sup>91</sup> A consulter ici : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)

<sup>92</sup> Un rapport du ministère de la solidarité et de la santé s'appelle carrément « Accélérer le virage numérique » ayant comme « objectif essentiel de repositionner l'usager comme le premier bénéficiaire des services numériques en santé en lui donnant les moyens d'être véritablement acteur de sa santé ». Voir [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_virage\\_numerique.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_virage_numerique.pdf)

<sup>93</sup> Nous soulignons.

Personnalisé et les *data hubs* (ou *entrepôts de données*) qui ont déjà fait l'objet de nombreuses inquiétudes, notamment chez les soignants. Un article de Jérôme Hourdeaux, publié sur Médiapart<sup>94</sup>, a récemment alerté sur la mise en place du "Health Data Hub", une "gigantesque plateforme centralisant l'ensemble des données médicales des Français", en décembre 2019. Cet entrepôt de données propulsé par le rapport Villani sur "l'intelligence artificielle" a pour but de centraliser toutes les données collectées dans le cadre d'actes remboursés par l'Assurance Maladie ainsi que "les données des hôpitaux, celles du DMP (dossier médical partagé) et celles des logiciels professionnels utilisés par les médecins et les pharmaciens". L'auteur explique que cette "masse considérable" de données personnelles sera "beaucoup plus largement ouverte aux start-up".

En effet, la loi du 24 juillet 2019 qui acte le principe d'instauration de ce Health Data Hub précise que le but est de "favoriser l'utilisation et de multiplier les possibilités d'exploitation des données, aussi bien en recherche clinique qu'en termes de nouveaux usages, notamment ceux liés au développement des méthodes d'intelligence artificielle ». Par "méthode d'intelligence artificielle", il faut bien évidemment comprendre qu'il s'agit des algorithmes qui vont traiter ces données. Une autre préoccupation que relève l'article de Médiapart concerne la protection des données personnelles : les données sont hébergées sur Google Cloud, célèbre entreprise américaine qui a bâti sa fortune sur la récolte de données produites par les utilisateurs. Or cette entreprise a déjà « mis la main sur les données médicales de millions d'Américains grâce à un accord jusqu'à présent tenu secret avec le groupe hospitalier Ascension, qui utilise la même solution d'hébergement Google Cloud ». La CNIL « appelle dès maintenant l'attention sur la problématique majeure du respect [...] des principes de limitation des finalités et de minimisation des données par ces nouveaux traitements, évoluant dans un contexte d'accumulation de données pour alimenter les algorithmes d'intelligence artificielle ».

Une tribune signée, entre autres, par le député LREM Pierre-Alain Raphan précise : "Il existe quelques zones d'ombres sur certains acteurs, proches des GAFAM, à l'initiative de ce beau projet : le fondateur de la start-up Owkin qui lève régulièrement des fonds auprès de Google Venture, voire l'infrastructure retenue qui reposera sur Microsoft Azure". Selon un cadre du secteur hospitalier travaillant sur le dossier du Health Data Hub interrogé par Jérôme Hourdeaux, il est impossible d'anonymiser totalement les données médicales car il suffirait de trois critères pour réidentifier 83 % des Américains et de 15 critères pour en réidentifier 99,98 % ». Toujours selon ce même cadre : « Il y a trois phases dans le traitement de données de santé. Il y a tout d'abord la collecte, puis le nettoyage des données, qui sont celles qui sont les plus délicates et les plus longues. Et il y a ensuite la valorisation. Ce que demande le gouvernement aux hôpitaux, c'est de s'occuper des deux premières phases pendant qu'ils s'occuperont de la troisième ! Les données de l'AP-HP par exemple sont évaluées à un demi-milliard d'euros. Cela veut dire qu'on leur demande tout simplement de donner un demi-milliard d'euros. » On comprend bien l'intérêt de Macron, « président des patrons », de faire de la santé l'un des premiers domaines à être "numérisé et soumis aux algorithmes"<sup>95</sup>.

C'est dans ce contexte que Thomas Legras explique, face caméra, lors de « la Paris Healthcare Week

---

<sup>94</sup> Jérôme Hourdeaux, « *Health Data Hub* » : le méga fichier qui veut rentabiliser nos données de santé, Médiapart, novembre 2019

<sup>95</sup> Voir son discours au Collège de France au lendemain de la remise du Rapport de Villani sur l'intelligence artificielle : « Je souhaite que nous puissions créer [...] un véritable hub de données de santé, structure partenariale entre producteurs et utilisateurs de données, qui pilotera l'enrichissement continu mais aussi la valorisation du système national de santé, pour y inclure, à terme, l'ensemble des données remboursées par l'Assurance Maladie, en ajoutant les données cliniques des hôpitaux, les données de la médecine de ville, ainsi que les données de grande qualité, scientifiques et médicales, créées dans le cadre de cohortes nationales. » cité dans Jérôme Hourdeaux, « *Health Data Hub* » Op. Cit.

2019 »<sup>96</sup> le projet d'intégration du programme *Dr Warehouse*<sup>97</sup> (plateforme de *data-science* pour les hôpitaux) en *synergie* avec les données récoltées par Cortexte : « Aujourd'hui, le GHU Paris psychiatrie et neuroscience a beaucoup de données sur ses patients qui sont un peu éclatées sur beaucoup de sources, beaucoup de logiciels. L'idée du GHU et de son ambition, c'est de regrouper toutes ces données pour les rendre accessibles facilement et ergonomiquement aux chercheurs du GHU et pour pouvoir les exploiter dans les futurs projets de recherche. Pour faire cela, nous avons utilisé le *Dr Warehouse* qui nous a semblé l'outil le plus ergonomique, le plus simple à mettre en œuvre et le plus simple à proposer aux utilisateurs pour aller rechercher dans cette multitude de données toutes les informations nécessaires et suffisantes à créer des *cohortes patients*, à voir s'il y a des axes de recherches particuliers auxquels *ils n'auraient pas pensé* et c'est pour ça qu'on a choisi *Dr Warehouse*, pour chercher dans ces données. »<sup>98</sup> Et on imagine bien que ces données retraitées par *Dr Warehouse* serviront non pas un travail du côté de la pensée de type épistémologique ou analytique mais bien de type médico-économique, neurologique, biologique et industriel.

Il suffit de constater l'intégration d'une *pépinière d'entreprises e-santé* sur le site de Sainte-Anne en partenariat avec Paris Biotech Santé<sup>99</sup> pour s'en convaincre. Depuis octobre 2019, ce sont 300m<sup>2</sup> du site hospitalier qui sont alloués à des entreprises pour développer les « enjeux de la e-santé<sup>100</sup> et les e-technologies au sein de la psychiatrie et des neurosciences ». La représentante de Paris Biotech Santé explique, à cette même *Paris Healthcare 2019*, que ces entreprises « ont besoin d'accompagnement sur le long terme<sup>101</sup> car les produits n'arrivent pas sur le marché comme dans d'autres secteurs de l'économie et il est fondamental qu'elles [puissent] faire appel à un expert, un clinicien, un chercheur pour valoriser et faire des contrats de collaboration où il va y avoir *une belle valeur* »<sup>102</sup>. Il est intéressant à ce propos de considérer cette notion de *valeur* qui saupoudre son discours (de la même racine que le mot évaluer). Selon Frederic Lordon : "la valeur s'est imposée comme une sorte de mot fétiche, légitimateur universel et définitif de toutes les pratiques managériales, psalmodiées rituellement dans toutes les situations de justification"<sup>103</sup>. Ce discours de la valeur fait disparaître la notion de "plus-value" qui, elle, nécessite de se poser la question de la manière de la rémunérer. On parle désormais de "création de valeur" pour justifier "des décisions stratégiques, qu'il s'agisse d'externalisations, de fusions, d'acquisitions, de ventes, de restructurations d'activités etc." Le paradigme de la création de valeur est ce qui permet à des entreprises comme Facebook ou Google d'amasser d'énormes quantités de bénéfices en exploitant la valeur de données

---

<sup>96</sup> La Paris Healthcare Week, organisée par la FHF, rebaptisée SANTEXPO pour l'édition de 2020 est un salon international de l'innovation en santé regroupant équipementiers, éditeurs de logiciels, fournisseurs, entrepreneurs de l'e-santé, fabricants de dispositifs médicaux, architectes, soignants, institutionnel etc. <https://www.santexpo.com/espace-presse/dossiers-et-communiqués-de-presse/>

<sup>97</sup> *Dr Warehouse* est un projet de traitement de données par algorithmes propulsé par l'Institut *Imagine* (institut de recherche et de soin public privé, regroupant chercheurs, médecins et patients, dans un le but de guérir les maladies génétiques et développé par la société Codoc. Il est basé sur 3 axes principaux : « accélérer le recrutement de patients pour les essais cliniques, explorer le dossier d'un patient et fouiller les données ». <http://www.drwarehouse.org/>

<sup>98</sup> Retranscription de la vidéo *Le GHU Paris et Dr Warehouse : Dix années de mémoire collective du GHU (comptes rendus, examens de biologie, radiologie...)* seront désormais accessibles en un clic pour le pilotage, la recherche et le soin. Thomas Legras, Adjoint au Directeur DITSI du GHU Paris. Hébergée sur Vimeo : <https://vimeo.com/338702185>

<sup>99</sup> Paris Biotech Santé se définit comme un « incubateur d'entreprises innovantes spécialisées dans le développement de médicaments, de dispositifs médicaux et de services innovants au bénéfice des patients » : [http://www.parisbiotechsante.org/pbs7/qui\\_somme\\_nous](http://www.parisbiotechsante.org/pbs7/qui_somme_nous)

<sup>100</sup> Pour l'OMS, la e-santé se définit comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne ».

<sup>101</sup> Il est intéressant de constater l'emploi de la personification. Les nouvelles technologies auraient besoin d'un accompagnement sur le long terme au moment où de moins en moins de personnes dans le besoin peuvent en bénéficier.

<sup>102</sup> Retranscription de la vidéo *Installation d'une pépinière d'entreprises e-santé sur le site Sainte-Anne en partenariat avec Paris BioTech Santé*. Hébergée sur Vimeo : <https://vimeo.com/338028799>

<sup>103</sup> F. Lordon, *L'Année de la régulation*, Paris, La Découverte, 2000 in Bénédicte Vidaillet, *Evaluez-moi ! – Evaluation au travail : les ressorts d'une fascination*. Ed Seuil, 2013, p 140

*produites* gratuitement par les utilisateurs comme on l'a vu plus haut. Un représentant du GHU, également présent au Paris Healthcare 2019, explique à son tour que « les laboratoires de recherche vont servir de validation des travaux élaborés dans ces entreprises ». Et il poursuit : « nous allons également travailler avec Paris Biotech pour développer ce partenariat et l'accompagnement de ces entreprises et nos professionnels de santé pour pouvoir générer de la valeur »<sup>104</sup>. De la *belle valeur* oui...

Mais cette promotion de la création de valeur en psychiatrie semble connaître un seul frein. En effet, comme on l'a vu précédemment, ces données restent soumises au droit du respect de la vie privée. C'est d'ailleurs avec dénégation que Thomas Legras s'exprime au sujet de la sécurité des données des patients : « au niveau de la sécurité des données nous avons à cœur de respecter le choix des patients et, au-delà de la *législation, qui est faite effectivement pour être respectée*, nous souhaitons vraiment que le patient, *en toute transparence*, ait connaissance de ce que l'on fait de ces données pour pas qu'il y ait aucune ambiguïté sur son utilisation et lui laisser le choix de heu... enfin, nous laisser le choix de l'utiliser en bon accord avec lui, en bonne entente et en bonne intelligence *au-delà de la législation qui est respectée de fait* »<sup>105</sup>.

Or, Thomas Legras le dit lui-même, les algorithmes vont permettre aux chercheurs de trouver ce qu'ils *n'auraient pas pensé à chercher*. Comment peut-il dès lors garantir un consentement éclairé des patients face au caractère imprévisible de cette recherche par algorithmes ? Par définition, ils ne pourront pas expliquer exactement ce qu'ils vont faire de toutes ces données parce qu'ils n'en n'ont aucune idée précise. Les algorithmes ont ceci de particulier qu'ils trouvent et mettent en évidence des tendances qu'on n'aurait pas pensé à mettre en forme et ce uniquement s'il y a *déjà* des données collectées. C'est ce que l'on retrouve avec l'arrivée des codes-barres au début des années 80 dans les entrepôts de stockage de colis : « lorsque les premiers codes-barres font leur apparition, les ouvriers ne s'en émeuvent pas vraiment puisque *personne ne sait à quoi ils pourront bien servir* »<sup>106</sup>. Or c'est bien par la généralisation du code barre que les gérants des entrepôts vont pouvoir mettre en place des systèmes d'optimisation de la gestion des flux et ainsi dégager d'importants bénéfices et transformer le coût fixe des entrepôts en *espaces d'optimisation de valeur* aux dépens des conditions de travail qui se sont dégradées sévèrement.

Il s'agit, à peu de choses près, du même mécanisme avec Cortexte associé au *Dr Warehouse* et à proximité de cette pépinière d'entreprise Paris BioTech au sein de l'hôpital public. Ne s'agit-il pas tout simplement de la quête des néo-libéraux de vouloir transformer les coûts relatifs au financement des hôpitaux publics en mânes financières ? Cet exemple criant nous permet de mettre en lumière l'objectif de mise en place d'outils de *quantification prospectifs* dont nous n'avons aucune maîtrise sur l'avenir et qui, d'après des retours sur expériences similaires, vont dans le sens d'une destruction du service public<sup>107</sup>.

Or, nous le comprenons bien maintenant, ces algorithmes se nourrissent des données que les soignants leur fournissent. C'est précisément sur cet aspect que nous souhaitons mettre l'accent : les logiciels de recueil de données se sont implantés à visages couverts, sans aucune concertation avec les soignants

---

<sup>104</sup> Retranscription de la vidéo *Installation d'une pépinière d'entreprises e-santé sur le site Sainte-Anne* Op. Cit.

<sup>105</sup> Retranscription de la vidéo *Le GHU Paris et Dr Warehouse* Op. Cit.

<sup>106</sup> David Gaborieau, *Le logiciel qui murmure à l'oreille des prolos. Le monde en pièce – Pour une critique de la gestion. 2. « informatiser »* Ed. La lenteur, 2019, p 31

<sup>107</sup> De nombreux services publics ont déjà subi ces attaques : France Télécom, EDF, GDF, SNCF, etc.

et encore moins les patients. Ils ont servi à l'installation de pratiques de gestion, de contrôle social, de rationalisation des dépenses et d'outils de tarification et, cerise sur le gâteau, ils constituent et fournissent une base de données sans précédent ayant vocation à servir la création de futurs produits sur le marché de l' e-santé Mentale ...

### **La déferlante néo-libérale "santé mentaliste"**

Il y a peu, le service de communication du GHU relayait éhontément sur les boîtes mails des soignants des incitations à devenir « intrapreneurs » de santé et de participer à des incubateurs en e-santé mentale.

Il existe déjà de nombreux produits en e-santé mentale qui fleurissent un peu partout. Par exemple, l'application iSMART<sup>108</sup> en récoltant régulièrement le niveau de stress perçu de ses utilisateurs propose de « déceler le stress chronique du patient et ainsi l'en informer et lui proposer diverses solutions adaptées à la situation, afin de vaincre ce stress ». Selon les développeurs, le stress devient chronique « lorsqu'il est fréquent, qu'il n'a pas su être contrôlé ou que l'individu ne sait pas réagir de façon efficace à ce stress. Son organisme entre alors dans une phase d'épuisement pouvant être délétère pour sa santé »<sup>109</sup>. Exit la dimension politique du stress chronique, qui repose sur les conditions de travail, l'environnement social, le rythme de vie imposé par la société de consommation, puisqu'il s'agit de savoir réagir de façon efficace à l'échelle individuelle.

Un autre exemple avec Delphine Fabre, docteure en psychologie cognitive, neuropsychologue et psychothérapeute au CHU du Vinatier qui propose, elle, l'application *Alix & Moi*<sup>®</sup> : « L'interface permet l'accès à une nouvelle méthode d'entraînement mise au point dans le cadre d'un programme de recherche mené en établissement psychiatrique ». Ce programme « d'aide cognitive » devrait permettre aux « personnes schizophrènes ou avec tout autre handicap psychique [...] d'entretenir leurs capacités à entreprendre des activités et à maintenir une intégration sociale et/ou professionnelle satisfaisante [...] »<sup>110</sup>. Encore une fois, exit la dimension politique de la schizophrénie, puisque selon ce qui sous-tend cette application, la schizophrénie, maladie « comme les autres » et dont on ne guérit pas, peut être simplement « corrigée » par la technologie pour se maintenir dans des *activités normales* et favoriser l'inclusion sur le marché du travail<sup>111</sup>.

Sur le même registre, l'application BrainHq, qui propose un jeu d'entraînement cérébral, permettrait d'aider les patients schizophrènes à gérer leurs « déficiences cognitives ». Ce programme de « remédiation cognitive » développé et testé par une équipe internationale de « neuroscientifiques de haut niveau et d'autres experts du cerveau » s'appuierait sur des « preuves scientifiques, des dizaines d'articles ayant été écrits sur les réels avantages de son utilisation ». Cette application aurait fait ses

---

<sup>108</sup> Développée par le Centre d'Etudes sur le Stress Humain, à Montréal, l'application iSMART est nommée ainsi pour *Stress Monitoring Assessment and Resolution Technology*.

<sup>109</sup> Sur le site *etat-depressif.com* <https://www.etat-depressif.com/sante-mentale-applications-mobiles/>

<sup>110</sup> *Alix & Moi*<sup>®</sup> a pu compter sur le soutien financier et technique de la SATT (Société d'accélération du transfert de technologies) de Lyon/Saint-Étienne, Pulsarys, qui sélectionne les startups les plus prometteuses dans le domaine de l'innovation technologique. Elle lance, dès le mois de septembre 2018, un appel à projets en partenariat avec l'Université de Lyon sur la thématique « Tech 4 Inclusion », afin d'identifier des technologies au service de l'inclusion de tous, et plus particulièrement des personnes en situation de handicap physique, mental et d'exclusion sociale. [https://informations.handicap.fr/a-alix-moi-appli-schizophrenie-11006.php#main\\_menus](https://informations.handicap.fr/a-alix-moi-appli-schizophrenie-11006.php#main_menus)

<sup>111</sup> Lire la présentation de cette application sur le site de Hello Handicap – simplifie le recrutement des travailleurs handicapés. [https://informations.handicap.fr/a-alix-moi-appli-schizophrenie-11006.php#main\\_menus](https://informations.handicap.fr/a-alix-moi-appli-schizophrenie-11006.php#main_menus)

preuves « d'amélioration cognitive » des personnes schizophrènes testées dans deux domaines, apparemment essentiels d'un point de vue existentiel : « [une] conduite automobile plus sécuritaire et de meilleures capacités auditives dans les environnements bruyants »<sup>112</sup>.

Ce que l'on perçoit au travers de ces quelques applications en e-santé mentale (il en existe bien d'autres), c'est une vision pour le coup très déprimante du sujet humain toujours comparé à la *norme*, qui serait fait d'un certain nombre de *compétences* et qui, pour reprendre les termes de l'OMS, est en « bonne santé mentale [lorsqu'il peut] se réaliser, surmonter les *tensions normales de la vie*, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »<sup>113</sup>. S'il ne peut surmonter seul ces *tensions normales de la vie*, le monde technocratique l'invite à une simple visite sur une application qui permet de corriger son irrationalité passagère. Cette conception de l'humain doté d'un "capital individuel" en rapport à une *norme* ne laisse pas beaucoup de place à son émancipation. C'est ce que Foucault critique dans "La naissance de la biopolitique", lorsqu'il soutient que le néolibéralisme tend à faire de l'individu "l'entreprise de lui-même"<sup>114</sup>. Ici, le concept de santé mentale devient « un outil de normalisation, œuvrant à l'institution d'un *bonheur sous contrôle* indissociable de l'idéologie néolibérale »<sup>115</sup>. C'est d'ailleurs pour cela que nous étions un certain nombre à entonner en cœur ce slogan peu compris en manifestation : « la santé mentale, c'est bon pour le capital ! »

Cette marchandisation de la santé mentale ne va donc pas sans un *contrôle* accru de la population qui, dès son plus jeune âge, est faite pour *fonctionner*. Tout signe de marginalité ou acte transgressif pourra être renseigné et récolté par les assureurs privés pour diminuer leurs risques en faisant peser sur l'individu ses errances existentielles. Cette conception cynique du sujet et de la société se retrouve très bien dans le couple néo-libéralisme / neurosciences dont Benjamin Royer parle dans son article *Les sciences neurocomportementales, nouvelle avancée du néolibéralisme*. Il y décrit l'intrication idéologique des neurosciences avec celle du néo-libéralisme ou « comment la promotion des neurosciences comme théorie hégémonique représente un bénéfice, sous la forme d'un apport idéologique majeur pour la doctrine économique dominante ». Cette doctrine permet en effet selon lui de « corriger l'irrationalité de l'agent économique réel et le faire se rapprocher de l'agent économique idéal du modèle néoclassique ». Il s'agit alors d'une « entreprise d'amélioration de soi via la prescription de comportements dans une redéfinition positiviste d'un ensemble de « bonnes pratiques »<sup>116</sup>. Et cette prescription *de comportements*, dont la psychiatrie se fait le relai, autrement dit cette contrainte appliquée aux corps et aux esprits, semble bien prendre une ampleur phénoménale avec la possibilité réductionniste, quantificatrice et invasive de l'outil informatique. En effet, la rationalisation de la santé mentale sous forme de fichage et de recueil de données, en plus d'être moteur de création de valeur pour les marchés financiers, tend à vouloir « prédire tout type de troubles » et « cette [tendance] marque bien une volonté politique d'utiliser les nouvelles technologies dans un but sécuritaire, d'exclure toute forme de déviance et de renforcer la conformité comportementale à la norme socio-économique »<sup>117</sup>.

On peut d'ores et déjà prévoir un nouvel essor de ces « produits » en e-santé mentale grâce au type

---

<sup>112</sup> Voir sur le site : <https://videogames.viralbooster.fr/2017/12/brainhq-une-application-dentrainement.html>

<sup>113</sup> Voir sur le site de l'OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

<sup>114</sup> Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique* – Cours au Collège de France, 1978 – 1979, Gallimard, Seuil, 2004.

<sup>115</sup> Mathieu Bellahsen, *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.

<sup>116</sup> Benjamin Royer, *Les sciences neurocomportementales* Op. Cit

<sup>117</sup> Olivier Labouret, *Le fichage en psychiatrie* Op. Cit.



de partenariats public/privé que nous avons décrits. Les données récoltées bénéficieront aux start-up tandis que des soins de proximité, adaptés à la singularité de chaque patient, sur un temps indéterminé, seront de moins en moins possibles, du moins pas pour tout le monde.

Mais pour produire ces données, pour étendre cette activité extractiviste qui génère de la valeur, les acteurs politiques et les lobbys de la santé mentale avaient besoin d'un alibi, un discours de justification. Comment faire adhérer la masse des soignants à participer au recueil de données et à l'informatisation de leur métier ? Nous allons voir en quoi l'évaluation remplit très bien ce rôle.

## Le désir soignant à l'épreuve de l'idéologie de l'évaluation

L'étude sociologique sur le RIM-P que nous citons plus haut révèle que « les statistiques produites dans le cadre de la « modernisation de l'Etat » poursuivent des objectifs gestionnaires inspirés du New Public Management [qui consiste à] améliorer l'efficacité (performance) et l'efficience (réduction et maîtrise des coûts) des administrations publiques et en *évaluer* les résultats (reddition de compte) »<sup>118</sup>.

### L'Idéologie de l'évaluation

Bénédicte Vidaillet nous explique que l'évaluation ressort de l' « *idéologie* », « *s'imposant comme LA vérité, suscitant l'adhésion, [qui] s'appuie sur un système de croyance formulé explicitement* »<sup>119</sup>. Elle explique que cette idéologie distille dans de nombreux ouvrages, relatif au droit du travail, au management etc. où l'on apprend de façon quasiment systématique que la pratique dite « *normale* » ou « *courante* » en entreprise est celle de la « *fixation d'objectifs de résultats* » pour pouvoir mesurer la « *performance* » et que la façon de « *stimuler* » et « *d'impliquer* » le salarié est d'individualiser son évaluation et de *rémunérer* cette performance. Elle ajoute que l'on trouve cette idéologie « *dans les rapports insufflant les « réformes » propres au New Public Management.* »<sup>120</sup>

Bénédicte Vidaillet explique, elle, que « *cette idéologie s'appuie sur des institutions chargées de renforcer et de réaliser les croyances qu'elle alimente* ». Elle cite en exemple l'AERES (Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur), l'AAES (Agence d'Audit des Etablissement de Santé), le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale (CNESM), sans parler des nombreux cabinets de « *consulting* » privés qui remportent des marchés auprès de ces institutions.<sup>121</sup>

Cette idéologie se développe, selon l'auteure, en dénigrant un modèle supposé passéiste, non adapté aux temps présents, qui aurait montré ses limites et nécessiterait un changement radical [...] et une « *avancée à pas de géants vers la modernité* ». C'est cette rhétorique que l'on retrouve pratiquement à l'identique dans le projet de loi « *Ma santé 2022* » : « *Ce projet de loi entend répondre [aux] défis pour adapter un système de santé à bout de souffle, pensé à la sortie de la Seconde Guerre mondiale et qui répondait aux enjeux de santé publique de l'époque. [Les évolutions de la santé] constituent autant de sources de motivation pour nous engager collectivement, pour améliorer durablement notre système de santé et maintenir son niveau de performance* » (Buzyn).

---

<sup>118</sup> *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique* sous la direction de François Sicot Op. Cit.

<sup>119</sup> Bénédicte Vidaillet, *Evaluez-moi !* Op. Cit. p 13.

<sup>120</sup> New Public Management : « Ensemble d'idées et de pratiques mises en œuvre par les pouvoirs publics au sein des administrations et des services publics, d'abord au Royaume-Uni et aux Etats-Unis sous Thatcher et Reagan, puis en France via la LOLF (Loi organique sur la loi de finance, 2001) puis la RGPP (Révision générale des politiques publiques, 2007). *Ibid.* p 15.

<sup>121</sup> « C'est ainsi qu'en février 2011 le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques [...] a lancé un appel d'offre pour se faire aider [...] dans sa tâche d'évaluation [...] ayant abouti à la sélection de cabinets tels qu'Eurogroup Consulting, Mazars, KPMG ou Kurt Salmon » *Ibid.* p 17.

## Des effets délétères sur le travail

Mais nous avons suffisamment de recul aujourd'hui pour connaître les effets délétères de cette idéologie. Bénédicte Vidaillet en donne quelques exemples types. Elle parle des *effets contre-productifs* où les critères d'évaluation peuvent être remplis en allant à l'encontre de l'essence d'un métier et comment ces systèmes amènent à des pratiques de « triches » telles qu'on a pu le voir précédemment. Elle montre également le surcoût énorme généré par la mise en place dans de nombreuses administrations des « *systèmes d'évaluation de la performance* »<sup>122</sup> qui se concrétise par le biais d'investissements en informatique souvent très importants. Elle dit que ces systèmes d'évaluation ont des effets démotivants en citant l'exemple suivant d'une étude menée sur des groupes d'enfants : on donne à deux groupes témoins des feutres et des feuilles en demandant aux enfants de faire un dessin, le premier groupe verra ses productions récompensées par un diplôme et l'autre non : « *au bout de quelques semaines, on constate que ceux qui reçoivent une récompense dessinent avec moins d'enthousiasme et que leur dessins sont de moindre qualité que ceux qu'on a laissés dessiner sans espoir de gratification* ». <sup>123</sup> Elle démontre ainsi que « *donner des incitations extérieures a peu de chance d'être plus motivant que de travailler parce que l'on aime ce que l'on fait et que l'on a envie de bien le faire* ». En outre, une « *justification extrinsèque* » à une activité diminue son « *intérêt intrinsèque* ». Mais il semble que la compétition et le sentiment de démarcation, deviennent moteur de motivation jusque chez les soignants les mieux intentionnés. Et, s'il ne s'agit pas d'évaluation nécessairement individuelle, ce principe est valable lorsqu'une équipe ou un service sont soumis à un régime d'évaluation. Il s'agit toujours de faire correspondre le réel aux attentes des gestionnaires.

Or, nous le savons, en tant que cliniciens, soignants, éducateurs, etc. nos métiers supposent de surmonter les aléas du réel, de l'imprévu, en modifiant nos pratiques, en mettant au travail nos représentations, en faisant preuve d'imagination et de créativité pour accueillir ce qui survient. On pourrait parler du Réel de la rencontre en ce qui concerne les métiers du soin ou de l'accueil en général, de son irréductibilité aux *critères objectifs*, de son *incommensurabilité* qui fait appel au *désir soignant*. Le désir soignant<sup>124</sup> c'est ce qui fait qu'on veut offrir un appui, un soutien à celle ou celui qui est en détresse. Il n'a pas d'équivalent objectivable, il ne réside pas dans un diplôme ou dans un statut mais dans quelque chose qui juxte la question de la *sous-jacence*<sup>125</sup>. Cette sous-jacence peut être travaillée au niveau individuel, mais nécessite l'existence de lieux où les choses puissent se dire, où puissent être accueillies les émergences de désirs, de patients comme de soignants, et d'un cadre pouvant contenir les moments de destructivité ou de dépression. Autrement dit, soigner demande à être désirant, et ce désir doit être porté et mis au travail dans un collectif. Cela permet de faire de l'institution un lieu d'accueil, poreux, malléable, pouvant faire passerelle avec le monde intrapsychique du patient. Jean Oury disait à ce propos : « la sous-jacence est en corrélation avec les

---

<sup>122</sup> 102 millions d'euros entre 2007 et 2011 ont été dépensés par l'état pour des missions confiées à des cabinets de conseil privés pour la mise en œuvre de la RGPP (Révision générale des politiques publiques) *Ibid* p 47.

<sup>123</sup> *Ibid.* p 50

<sup>124</sup> A ne pas confondre avec le « plaisir ou la jouissance », voir Jean Oury, *Séminaire de Sainte-Anne. Le Collectif*. Editions du Scarabée C.E.M.E.A, 1986, p 39.

<sup>125</sup> Pour le dire très simplement, au risque d'en donner une définition simpliste, la *sous-jacence* serait ce « il y a autre chose que ce qu'on voit » (Oury) qui relève de la compréhension d'évènements dans un lieu donné nécessitant d'y être inscrit sur un temps long. Cet autre chose, qui se rapporte au *transcendantal* et au *sujet de l'inconscient*, permet de savoir comment les choses se sont passées mais pas nécessairement pourquoi. Au contraire de ce que cherche à faire les technocrates en traduisant tout en données perceptibles et accessibles dans l'immédiateté, il s'agit de pouvoir dire « voilà ce que j'ai fait avec ce patient parce que j'ai senti qu'il fallait faire ça ». « Pourquoi ça a marché ? Je ne sais pas. ». Ou si on en sait quelque chose, cela relève de toujours de l'interprétation au caractère hypothétique. Et c'est aussi ce qui permet que quelque chose d'authentique se passe.

aspects socio-économiques. Par exemple, quand des décrets ministériels réduisent le nombre d'infirmiers, ou les crédits, quand on ne peut plus faire de secteur faute de véhicules, on peut dire qu'il y a une atteinte directe au niveau de la sous-jacence, en ce sens qu'il n'y aura plus la possibilité de mettre en place quelque chose d'enraciné profondément dans la vie des gens. »<sup>126</sup>

Quand il n'est plus possible de faire intervenir le collectif, quand la dimension politique du travail disparaît (celle-là même où la dispute est essentielle, selon Yves Clot<sup>127</sup>) et que l'on se retrouve seul et désigné comme « *compétant* » par définition (une compétence *collée* à l'être), et qu'alors la difficulté dans le travail pointe, B. Vidaillet relève deux tendances principales : d'une part la tendance au « *renoncement* »<sup>128</sup>, on tombe malade, on se sent inutile et coupable de mal faire son travail, ce qui conduit à une perte de sens et de son identité professionnelle. On peut penser ici à la démission psychique, on est là sans être là. D'autre part, la tendance à se raccrocher à l'évaluation comme moyen de réinstaller des repères « *objectifs* » évacuateurs de culpabilité, alors que c'est ce même régime d'évaluation qui, en se plaçant « *au cœur* » des métiers, provoque cette perte de sens.

L'évaluation est donc à percevoir comme cause et conséquence d'un rapport pervers au travail. Et c'est bien dans ce rapport paradoxal à l'évaluation que nous sommes pris en continuant à abonder des logiciels tels que Cortexte tout en le critiquant par ailleurs car il traduit en données objectivables ce qui ne fait plus sens dans l'espace du social, ce qui n'a plus de possibilité de trouver des espaces pour se dire. B Vidaillet remarque que le régime de l'évaluation fait l'objet de très nombreuses critiques mais que lorsqu'on se demande ce qu'il faudrait faire, la proposition majoritaire serait... plus d'évaluation !<sup>129</sup> Nous allons essayer de comprendre, avec B Vidaillet toujours, sur quoi s'étaye cette tendance chez le sujet.

### **Evaluation rime avec compétition**

Un passage par la théorie de Lacan permet, selon elle, d'aller cueillir à la racine les fondements psychiques de ce en quoi l'idéologie de l'évaluation est si efficace, et ainsi tenter d'en déconstruire son mécanisme. Pour faire (trop) court, selon Lacan, la formation du sujet se fait depuis la division entre l'imaginaire et le symbolique. Le registre imaginaire s'enracine dans le « stade du miroir » où le sujet reconnaît son image, ce qui lui permet de se sentir unifié, cohérent, là où il se vivait comme morcelé, partiel. L'imaginaire renvoie donc à l'image de notre corps, à *qui nous sommes supposés être*, ce qui appartient au registre fantasmatique. Si cette aliénation à l'imaginaire est nécessaire pour se sentir exister, elle s'avère pourtant incapable de nous donner une identité stable. C'est à cet endroit que l'instance du symbolique intervient avec le langage. C'est en décrivant ce qu'est le sujet que le symbolique l'inscrit dans une filiation, une temporalité, un ensemble partageable de lois et de références. C'est ce que Lacan nomme l'instance du grand Autre (ou l'Autre) par laquelle on se sent reconnu dans sa subjectivité et différencié des autres (ou petit autre). Mais pour autant, les représentations associées au langage se révèlent incapable de saisir le sujet entièrement. : « il manque toujours quelque chose au symbolique, toujours incomplet pour symboliser totalement la réalité du

---

<sup>126</sup> Jean Oury, *Séminaire de Sainte-Anne*. Op. Cit. p 62

<sup>127</sup> Bénédicte Vidaillet, *Évaluez-moi !* Op. Cit.

<sup>128</sup> *Ibid* p 96

<sup>129</sup> A l'instar de syndicats qui lors de CHSCT attaquent un système d'évaluation en réclamant de faire partie de son élaboration.

sujet »<sup>130</sup>. Ce ratage, c'est ce que Lacan appelle le Réel, « noyau irréductible qui échappe à toute tentative de symbolisation ». Et c'est ce ratage, ce manque, qui introduit chez le sujet le désir (désir de combler ce manque au travers d'une multitude d'objets d'investissement). Il y a donc, selon Bénédicte Vidaillet, une « intranquillité inhérente au sujet désirant puisque par essence, tendu vers la tentative de combler ce qui rate, ce qui manque dans le symbolique ». Le sujet va alors « projeter » sur l'Autre la possibilité de combler ce manque. Et c'est précisément à cet endroit que l'idéologie de l'évaluation vient se fixer : « l'évaluation offre l'illusion de maîtriser le manque »<sup>131</sup>, de maîtriser le Réel, dans la sphère individuelle. Elle estime qu'avec l'évaluation, il s'agit de tendre en permanence vers une reconnaissance par l'Autre, et de se démarquer des autres, nous faisant entrer dans une logique de comparaison propre à la compétition. On comprend que l'idéologie de l'évaluation s'étaye sur une promesse de reconnaissance *totale* du sujet, promesse intenable par définition mais « sans cesse reconduite ».

Bénédicte Vidaillet relève que « le paradoxe est que les systèmes d'évaluation contemporains, qui ont comme effet de casser ces collectifs et d'instaurer plus d'individualisation et moins d'échanges soient justement vendus comme des moyens de « décloisonner » et de s'ouvrir aux autres ». En ce qui concerne le New Public Management, le mécanisme est le même. Sous prétexte de favoriser la *synergie* et l'entraide entre les hôpitaux, les pratiques de management opèrent en réalité une opération de *benchmarking*<sup>132</sup> pour comparer les services entre eux et identifier les *best practices* ».<sup>133</sup>

Avec l'évaluation comme système de justification extrinsèque et *empirique*, « il s'agit d'évacuer du travail tout contenu politique, au sens de ce qui se bâtit ensemble par la discussion et l'élaboration autour de la dissension ; d'éviter l'incertitude qui accompagne cette idée d'un travail toujours à rediscuter, à redisputer. Les indicateurs simples invitent au consensus, à une entente sur ce qui est important, sur ce qui compte et doit être évalué. L'évaluation contemporaine suppose un gigantesque système de coordination, un automate géant délivré de toute intersubjectivité, une utopie dans laquelle les hommes n'auraient pas besoin de se rencontrer, de se parler ou de s'affronter pour se mettre d'accord (ou pas) ».<sup>134</sup> On retrouve ici la logique de « *pacification* » des rapports sociaux par des moyens techniques de gouvernance qui nous empêchent d'inscrire notre subjectivité dans les lieux que nous investissons.

Il nous semble primordial, au regard de cette critique de l'évaluation, de renouer et redéployer nos imaginaires et notre créativité du côté de l'organisation collective et de la solidarité. Nous souhaitons ainsi alerter les soignants en psychiatrie (infirmières, éducatrices, psychomotriciennes, psychologues médecins, secrétaires, etc.) sur les stratégies visant à « tirer la couverture à soi ». Ces stratégies qui « [permettent] à ceux qui travaillent de jongler avec les critères [d'évaluation] pour parvenir à y correspondre ». B. Vidaillet nous met en garde : « les personnes évaluées ont intérêt à garder des chefs qui n'y connaissent rien si elles veulent se ménager un espace de liberté ou inventer des ruses leur permettant de coller aux objectifs et aux critères de performance. La liberté retrouvée n'équivaut certes pas à l'autonomie et à la liberté perdues, mais le fait de savoir y faire avec les indicateurs peut

---

<sup>130</sup> Bénédicte Vidaillet, *Évaluez-moi !* Op. Cit. p 87

<sup>131</sup> *Ibid*, p 88

<sup>132</sup> Le *benchmarking*<sup>1</sup> est une « technique marketing ou de gestion de la qualité qui consiste à étudier et analyser les techniques de gestion, les modes d'organisation des autres entreprises afin de s'en inspirer et d'en tirer le meilleur ». Voir sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Benchmarking>

<sup>133</sup> Bénédicte Vidaillet, *Évaluez-moi !* Op. Cit., p 111

<sup>134</sup> *Ibid*, pp 136-137

conduire à ne plus envisager de sortir du système d'évaluation, car cela nécessiterait de perdre le peu de pouvoir que l'on détient encore »<sup>135</sup>. Or, les technocrates, politiques et autres *think tanks de l'esanté mentale* comptent bien sur cette intériorisation d'un paradigme de l'évaluation inévitable (si ce n'est indispensable). En effet, l'absorption d'une possible réaction sur le terrain des luttes sociales au profit d'une multiplication des stratégies et tricheries locales et invisibles par essence (puisque relevant de stratégies de dissimulation) permet d'étendre toujours plus l'implantation d'outils de recueil de données dans le champ de la psychiatrie.

---

<sup>135</sup> *Ibid*, p 204

## Perspectives d'une réflexion à poursuivre et d'un combat à mener

Les soignants qui travaillent à l'hôpital ont tous fait l'expérience de voir les chefs et les cadres s'inquiéter de la tenue des actes dès le début des mesures de confinement contre le Coronavirus et relayer un discours de *menace* de ne pas avoir de financement reconduit si le service ne remplissait plus d'actes pendant cette période. Sur le GHU, la direction a d'ailleurs très rapidement ajouté sur Cortexte la case à cocher : télétravail ! Par ailleurs, le pouvoir se satisfait de la généralisation de ce télétravail qui devra *sauver l'économie du pays* : « l'après coronavirus, c'est la normalisation de nouvelles technologies de surveillance au nom de notre « santé », la télémédecine, l'école et l'université sur plateformes numériques, le télétravail généralisé, et donc des travailleurs encore plus isolés dans et face au travail »<sup>136</sup>. L'après coronavirus sera une lutte pour réaffirmer que rien ne peut remplacer « une présence en chair et en os » dans les métiers du soin comme partout ailleurs.<sup>137</sup>

Nous pensons que les outils informatiques de gestion, de contrôle et de quantification, incarnés dans les ordinateurs, les logiciels comme Cortexte et les logiciels de recueil de données, ont une matérialité concrète dans la vie d'un soignant. Nous pensons qu'en se dégageant de leur emprise et en arrêtant d'y fournir des informations pour en bloquer les mécanismes, nous pouvons nous approcher de formes d'actions partageables et réappropriables par le plus grand nombre.

L'informatisation et les mécanismes qui en découlent opèrent depuis de nombreuses années dans les secteurs du social et du médico-social avec qui nous devons nous allier. Ce sont des logiciels tels que Solis, Simez, Adoma, PEPS+ ou COSMOS qui « [balayent] tout questionnement éthique et [imposent] une uniformisation des pratiques individuelles et singulières de chaque professionnel »<sup>138</sup>. De nombreuses luttes ont déjà eu lieu qui mettent en avant ces outils informatiques. Pour n'en citer que quelques-unes : « de 2011 à 2013, des assistantes sociales de Seine-Saint-Denis ont boycotté le rendu annuel de statistiques qui sert autant à évaluer leur travail qu'à collecter plus de données confidentielles sur les « usagers ». Elles affirment l'inutilité de l'informatique dans la relation d'aide. Elles dénoncent un des objectifs de l'administration et ses managers : celui de faire entrer l'obligation de résultats dans leur métier. Elles refusent qu'à chaque situation singulière doivent répondre des actions standard en un temps limité. »<sup>139</sup> Mais encore : « fin 2015, des personnels de l'Éducation Nationale ont dénoncé publiquement l'informatisation de l'école, par l'Appel de Beauchastel. Ils refusent de résumer leur enseignement à une pédagogie assistée par ordinateur, destinée à occuper la jeunesse en attente d'entrer sur le marché du travail »<sup>140</sup>. Le collectif Ecran Total s'est constitué à l'échelle nationale et tente de lutter contre la gestion et l'informatisation de nos vies. En psychiatrie, un Collectif National de Résistance à l'Informatisation des données personnelles en psychiatrie s'était constitué en 2010 avec pour objectif le droit d'opposition des patients au DPI. Il était question de faire une demande collective effectuée par des patients du CHS du Gers. La demande avait été refusée par la CNIL, le DIM et la direction. Ils ont aussi proposé la multiplication des demandes individuelles

---

<sup>136</sup> Anonyme, *L'abject « Monologue du Virus »*, Paris Luttes Info, 23 mars 2020.

<https://paris-luttes.info/l-abjecte-monologue-du-virus-13686>

<sup>137</sup> Pascale Molinier, *Coronavirus : Le soin n'est pas la guerre*, Libération, 17 mars 2020.

[https://www.liberation.fr/debats/2020/03/17/coronavirus-le-soin-n-est-pas-la-guerre\\_1782052](https://www.liberation.fr/debats/2020/03/17/coronavirus-le-soin-n-est-pas-la-guerre_1782052)

<sup>138</sup> Muriel Bombardi, Keltoum Brahma, *Quand informatique rime avec réification*. Revue française de service social, n° 264, 2017.

<sup>139</sup> Article du Collectif Ecran Total : *Résister à la gestion et à l'informatisation de nos vies*.

[https://sniadecki.files.wordpress.com/2016/09/ecran\\_total.pdf](https://sniadecki.files.wordpress.com/2016/09/ecran_total.pdf)

<sup>140</sup> Ibid

de respect de l'anonymat prévu dans l'arrêté du 29 juin 2006 et l'article R6113-1 du Code de la Santé Publique ainsi que la multiplication du non-consentement exprès à ce que les données relatives à la santé psychiatrique soient collectées et notamment le diagnostic médical, conformément à l'article 8 de la loi du 6 janvier 1978<sup>141</sup>. Nous le savons, les autorités ont réprimé ces luttes et ont facilité la marche forcée vers la numérisation du monde.

Au regard des luttes passés, de celles en cours et à venir, nous devons nous organiser pour arrêter de remplir les logiciels de recueil de données, informer par tous les moyens les patients qu'ils peuvent refuser la création d'un DPI, et inviter toute personne ou groupe souhaitant soutenir celles et ceux qui luttent en psychiatrie à cibler directement le bras armé de la marchandisation des soins (les serveurs, les ordinateurs dans les services, les pépinières d'entreprises etc.). Face à nos adversaires *technophiles et surtout fous*, rendons-nous visibles dans nos formes d'existants, multiples, hétérogènes, singuliers mais loin d'être hétéroclites et radicalement incompatibles avec le monde numérisé, neuroscientiste et capitaliste puisque profondément du côté de l'incommensurabilité de l'être.

Nous avons en commun la joie de la rencontre et la richesse de la langue pour nous raconter (et pas nous évaluer) et c'est ce qu'il faut défendre avant tout. Si, pour l'instant, les systèmes d'évaluation et de quantification peuvent profiter aux « plus malins » qui savent plus ou moins en tirer avantage, ils nous empêchent de penser et de défendre en acte la question de l'égalité et de la solidarité. Dans l'état actuel des choses, il faut pouvoir affirmer que si l'on s'en sort bien dans tel ou tel service, c'est qu'ailleurs on souffre, inexorablement. En effet, le budget alloué à la psychiatrie est gelé depuis plusieurs dizaines d'années et ce n'est pas la réforme du financement de la psychiatrie et son modèle de tarification qui vont arranger quoi que ce soit. Il nous semble nécessaire sur le long terme de refonder un nouveau système de répartition des enveloppes budgétaires à l'aune des systèmes de financement passés et de réinventer plus généralement une psychiatrie publique ouverte, suffisamment dotée pour pouvoir accueillir humainement celles et ceux qui sont confrontés à la souffrance psychique sans autre forme de justification que celle *d'être là*. Tout comme le bus « passant devant chaque arrêt, qu'il y ait ou pas des passagers » (Oury). Cela n'a pas de prix.

Nous ne revendiquons pas pour autant un retour à l'hospitalo-centrisme. Nos secteurs de psychiatrie publique ont besoin d'un vivier associatif et militant dense qui fasse passerelle pour les patients, qui multiplie les occasions de passages entre les lieux de soin et les *en-dehors* sans être dans une logique de concurrence avec ces derniers. Il s'agit de lieux et d'espaces de représentations qui doivent garder une indépendance les uns vis-à-vis des autres et surtout ne pas dépendre des ARS ou de la HAS (organes de contrôle et de gestion de la santé qu'il nous faut abattre). Cet argumentaire peut sembler insuffisant et loin des considérations actuelles, mais il nous semble important de refonder une pensée radicale de l'accueil inconditionnel qui ne s'accommodera jamais avec des attentes de rentabilité et de compétition. La psychiatrie ne va pas se dissoudre dans le champ des *pratiques alternatives* ni dans celui des solutions *pro-tech*. Si nous laissons faire, elle va au contraire se bureaucratiser et se carcéraliser davantage lorsqu'il sera question d'hospitalisation. Ce sont toujours les plus fragiles d'entre nous qui auront affaire à elle, toujours plus violente, lors de phases de décompensation aiguë.

Quoi qu'il en soit, une grève des actes devrait permettre de libérer du temps, ce temps perdu à remplir les actes, non seulement pour être plus présents avec les patients mais également pour que les équipes

---

<sup>141</sup> Voir : Olivier Labouret, *Le fichage en psychiatrie* Op. Cit.



se réunissent dans les services, parlent de ces outils, de ce qu'elles souhaitent pour l'avenir de leur métier et les conditions d'accueil et de soin des patients. Cela nous semble indispensable si l'on veut sortir des logiques mercantiles imposées au service public.

Une grève des actes en psychiatrie serait un temps de possible invention du commun. La grève, ou plutôt les grèves, s'inscrivent dans une histoire sociale commune, elles sont la possibilité d'une rupture d'un *sens qu'on nous impose* et permettent l'élaboration en puissance du commun et du sens que l'on veut faire exister. Bien loin de l'unique poncif « C'est par la grève qu'on va gagner », déployer la grève c'est faire vivre l'idée qu'il est des espaces et des temps où tout est à construire, une fois libérés d'un salariat aliéné au taylorisme et au Lean Management<sup>142</sup> jusque dans nos hôpitaux publics. « *Toute grève est la possibilité d'émancipation de la communauté en tant qu'elle se saisit d'elle-même* »<sup>143</sup>. En d'autres termes, se réapproprier la grève, c'est ne pas se laisser déposséder par la machine technocratique capitaliste et le lot de catastrophe sanitaire et climatique qu'elle va continuer à nous faire vivre...

La Commission contre les Outils Gestionnaires du Printemps de la Psychiatrie.

Le 5 avril 2020

*Pour compléter cette enquête, apporter vos témoignages et nous aider à construire la grève des outils de recueil de données en psychiatrie, contactez-nous sur : [commissionoutilgestionnaire@gmail.com](mailto:commissionoutilgestionnaire@gmail.com)*

---

<sup>142</sup> Le Lean Management est une méthode d'optimisation des chaînes de production mise en place au Japon dans les usines Toyota et qui a inspiré les politiques publiques pour « dégraisser » le service public (en anglais, *lean* veut dire *maigre* ou *sans gras*).

<sup>143</sup> Adrien Brault, Simon Le Rouley, *Pour la grève*, Éditions Grevis, septembre 2019.

## Glossaire

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail

CMPP : Centre Médico-Psychologique et Pédagogique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DIM : Direction de l'Information Médicale

DPI / DMP : Dossier Patient Informatisé / Dossier Médical Partagé

GAFAM : Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft

GHM : Groupe Homogène de Malade

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GHU : Groupement Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MIG : Mission d'Intérêt Général

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RIM-P : Recueil d'Information Médicale en Psychiatrie

T2A : Tarification A l'Acte

VAP : Valorisation de l'Activité en Psychiatrie