

MOTION GENERALE

NE RIEN LACHER

Ni le secteur, conception clinique et thérapeutique du soin non réductible à une simple notion de territoire.

Ni la Sécurité sociale fondée sur la solidarité.

Ni l'égalité dans l'allocation des ressources, construite sur les besoins de la population à partir essentiellement de critères socio-démographiques.

Ni la nécessaire séparation du système de dotation budgétaire et du contrôle de l'activité.

Ni l'arrêt du PMSI en psychiatrie, ni la lutte pour la confidentialité des données sensibles (anonymisation à la source).

Ni le statut de praticien hospitalier, garantissant l'indépendance indispensable à un exercice professionnel qui concerne les libertés individuelles.

Ni le refus de la précarisation généralisée des statuts de la fonction publique hospitalière.

LA SANTE N'EST PAS UNE MARCHANDISE !

MOTION : PMSI, ALLOCATION BUDGETAIRE ET PSYCHIATRIE

- L'Union Syndicale de la Psychiatrie s'est opposée dès le début au PMSI en psychiatrie, et a appelé à son boycott dès lors que l'expérimentation sur 4 régions s'est avérée une mise en place déguisée ne respectant aucune des conditions d'une véritable expérimentation.
- Les Etats Généraux, de la Psychiatrie en juin 2003 ont voté le " retrait du PMSI en psychiatrie " dans ses " 22 mesures d'urgence "
- En janvier 2004, le Ministère de la Santé a reconnu que le PMSI en psychiatrie ne pouvait pas servir d'instrument pour l'allocation budgétaire
 - a souligné que le PMSI avait permis :
" la mise en place dans un nombre important d'établissements (environ 180) d'un système d'information médicalisée ". Ce qui permet la généralisation au niveau de chaque DIM de fichiers nominatifs avec de nombreuses données socio-démographiques détaillées ...) d'où notre engagement pour " l'anonymisation à la source ", au niveau de chaque unité fonctionnelle face à l'Information de la Santé).
Cela représente également un vaste marché captif et en plein développement pour l'industrie informatique.
 - prévoit imperturbablement de continuer le recueil qui " permet de multiples études "), ou pratiquant une désinformation systématique sur la validité des données recueillies et le coût humain et matériel de l'expérimentation.
 - prévoit de " développer d'autres travaux ", comme " l'analyse des coûts par grands types d'unités de prise en charge " et les " séquences de soins ", pour trouver un outil médico (économique d'allocation budgétaire permettant à la psychiatrie d'accrocher ses wagons au train de la " T2A " (tarification à l'activité). Cela revient en clair à redécouvrir que le coût d'une prise en charge en psychiatrie dépend avant tout des caractéristiques des dispositifs de soins et non de celles des personnes soignées...
- L'Union Syndicale de la Psychiatrie exige donc à nouveau :
 - l'arrêt du PMSI en psychiatrie, escroquerie scientifique et outil de fichage des populations soignées.

- L'anonymisation, au niveau des unités fonctionnelles, des données recueillies, quelle que soit l'évolution de leur teneur dans les années à venir.
- Un budget spécifique pour la psychiatrie, basé sur une planification en Santé Mentale (sur des considérations socio-démographiques) et non sur une régulation médico-économique basée sur la productivité hospitalière : l'accès aux soins est un droit car la santé n'est pas un bien marchand ou un service économique.

MOTION PSYCHOTHERAPIES

De l'amendement dit ACCOYER à l'amendement dit MATTEI (voté par le Sénat le 19/01/04), nous réaffirmons notre position : le risque d'une augmentation du contrôle social nous paraît plus dangereux que le risque de rencontrer des thérapeutes tout venant non labellisés.

MOTION SUR LE RAPPORT CLERY-MELIN

Rapport inutile de plus ou arme de persuasion massive ?

L'USP, réunie en congrès les 12, 13 et 14 mars 2004, exprime son désaccord profond avec les analyses et propositions du rapport dit « Cléry-Melin ».

Certes, ce rapport caresse les Etats Généraux de la Psychiatrie dans le sens du poil en reconnaissant les difficultés de notre discipline et notamment les problèmes démographiques médicaux et paramédicaux.

Mais, d'une part il ne propose que des aménagements des manques les plus criants (par exemple : diminuer le nombre de psychiatres...), sans soutenir la nécessité d'un plan d'urgence ambitieux et chiffré pour la psychiatrie.

Mais surtout, ce rapport est cohérent avec l'ensemble des projets gouvernementaux (Hôpital 2007 et réforme de l'Assurance maladie), qui vont tous dans le sens d'une marchandisation de la santé.

L'USP dénonce notamment 3 axes principaux de ce rapport :

- 1- La maîtrise des dépenses de santé dans un modèle entrepreneurial, avec prévalence sur la clinique de la recherche médico-économique, du management, de l'évaluation-accreditation.
- 2- Une refonte de l'architecture institutionnelle de la psychiatrie publique, qui enterre le secteur sans le dire, en promouvant un ensemble fait d'un C. M. P.-Ressource territoriale, d'une unité 72 h, d'une Unité Intersectorielle d'Admission, d'une Unité de Soins et Réinsertion, d'une Unité de Soins de Suite.
- 3- Des propositions liberticides d'hypercontrôle social : psychiatre-coordonateur des psychothérapies sur un vaste territoire, réforme de la loi de 1990 avec disparition possible des tiers, période de 72 h sans statut juridique clair et obligation de soins ambulatoire généralisable.

Rapport du Professeur TERRA sur la Prévention du Suicide des personnes détenues

1. L'USP souligne l'intérêt d'une politique nationale de prévention du suicide en milieu pénitentiaire.
2. L'USP approuve les objectifs de :

- réduction du nombre de personnes décédées par suicide en milieu pénitentiaire
 - amélioration de la formation des différents intervenants
 - développement de la promotion de la santé physique et mentale
3. L'USP dénonce le rabattement sur l'individu de la problématique du suicide, évacuant le contexte environnemental déterminant.
4. L'USP rappelle qu'en aucun cas la question de la prévention du suicide en milieu pénitentiaire ne peut faire l'économie d'une analyse critique et d'une vraie prise en compte :
- des causes et conséquences de la surpopulation pénale
 - des conditions de détention
 - de l'organisation pénitentiaire
 - du sens de la peine
 - de la politique pénale et notamment des alternatives à l'incarcération et des aménagements de peine.
5. L'USP rappelle fermement la place que doit occuper tout soignant en milieu pénitentiaire : thérapeute et non auxiliaire de justice.
6. L'USP souligne l'importance du suivi médical et, si nécessaire, psychiatrique, des personnes placées au quartier disciplinaire. Mais l'USP dénonce la validation médicale de la sanction disciplinaire a priori, si l'avis du psychiatre (ou du médecin) est requis avant le placement au QD, plaçant ainsi le psychiatre (ou le médecin) en position de codécideur de la sanction.
7. L'USP rappelle que :
- Le rôle des différents intervenants n'est pas interchangeable
 - Le partage d'information ne peut se faire au détriment de la nécessaire confidentialité due au patient.
8. L'USP rappelle enfin que l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire a fait l'objet de recommandations et déclarations des instances européennes auxquelles elle souscrit.

MOTION SUR LE REGLEMENT CONVENTIONNEL MINIMUM (RCM)

L'Union Syndicale de la Psychiatrie réaffirme que la pratique libérale fait partie intégrante de l'offre de soins proposée au service du public.

Elle se doit d'être équitablement répartie sur l'ensemble du territoire y compris dans les zones les plus démunies.

L'Union Syndicale de la Psychiatrie réitère son exigence de voir se rouvrir de véritables négociations conventionnelles.

Elle dénonce le RCM qui a octroyé une majoration provisoire clinicien (MPC) de 2,70 €, annonce la consultation à 37 € alors que tous les syndicats de psychiatre l'évalueraient à

50 € (à l'origine le CPSY représentait 3 C = 60 €).

Par ailleurs, ce RCM bloquant le processus de concertation entre les caisses et les praticiens, il n'est plus question de nouvelle convention.

L'Union Syndicale de la Psychiatrie se montre opposée à l'extension du secteur II quasi-unanimement revendiquée par les syndicats médicaux qui pénaliserait nombre de patients. Elle s'inscrirait en effet dans la politique actuelle de démantèlement de l'Assurance maladie et de limitation de l'accès aux soins, notamment pour les plus défavorisés.

L'Union Syndicale de la Psychiatrie confirme son attachement au CPSY unique, qui doit s'agrémenter de quelques coefficients multiplicateurs en fonction de la nature des actes (par exemple ; 1^{ère} consultation, prise en charge familiale...

MOTION SUR LA REFORME HOPITAL 2007

Nul ne conteste que l'hôpital nécessite d'importantes réformes au regard des difficultés qu'il rencontre pour remplir ses missions.

Si des réformes structurelles doivent être proposées, elles ne sauraient faire oublier la question des moyens, en équipements mais plus encore en personnels soignants de toutes catégories (médecins, infirmiers ...).

Le projet dit « Hôpital 2007 », au contenu volontairement flou et supposé encore un peu lointain nous apparaît un leurre pour masquer la mise en place dès aujourd'hui (voire hier) de réformes engageant son avenir sans plus de concertations. La « nouvelle gouvernance » reposant sur un renforcement de l'appareil de gestion administrative s'installe déjà au détriment des responsabilités des acteurs de soins, qu'il s'agisse de la fonction de chef de service comme du rôle dévolu au conseil de service. La mise en place d'une « direction des soins », renforçant la dimension managériale, en est un bon exemple.

Faut-il rappeler qu'en psychiatrie publique la notion de service désigne l'outil d'une politique de secteur centrée sur un groupe de population, territorialement limité, d'un dispositif de soin et d'une équipe de soignants ? Pour nous le secteur est d'abord une technique de soin et ne saurait se réduire à une zone de planification sanitaire. Si la coordination entre plusieurs secteurs peut s'envisager sur un mode fédéraliste, nous ne retrouverons pas cette logique dans la création de pôles non plus intersectoriels mais tout simplement déssectorisés.

La nouvelle logique de financement à l'activité (T2A) repose sur la considération d'un nombre d'actes de soins et non plus sur la notion de service auprès d'un bassin de population. Le but semble bien de considérer l'hôpital comme n'importe quelle entreprise indépendamment de sa finalité. Nul besoin de privatiser l'hôpital public s'il est lui-même régi par la même logique libérale que les entreprises privées. Cet abandon du principe de service public s'inscrit bien dans la cohérence des recommandations de l'OMC (A.G.C.S. : accords généralisés sur le commerce et les services) de mise sur le marché de tous les services, la santé n'y faisant pas exception.

Le démantèlement des fondements solidaires de notre protection sociale au profit de la dynamique commerciale des assurances représente évidemment l'autre facette de cette même politique.

C'est encore dans la même perspective que se trouvent remises en question les garanties statutaires des professionnels qui leur garantissaient leur indépendance. En particulier le projet d'embauche de médecins dans un cadre contractuel local mais plus généralement toutes les mesures de précarisation de l'emploi.

Enfin, indépendamment des analyses plus détaillées déjà produites et à venir, l'USP réuni en son congrès à Paris le 14/03/04 condamne globalement cette politique et recherchera toutes les alliances possibles pour la combattre.

Motion adoptée à l'unanimité.

MOTION SUR LA SECURITE SOCIALE

Motion n°1

L'USP réaffirme son attachement à la protection sociale élaborée par le Conseil National de la Résistance mise en place en 1945 : elle doit être collective, obligatoire et solidaire. Il faut qu'elle évolue vers l'universalité des ayants-droits et des financements.

Collective : elle doit assurer désormais l'ensemble des citoyens résidant en France, quelle que soit leur activité (ou leur inactivité) professionnelle.

Obligatoire : elle doit prendre en charge la quasi totalité des dépenses de santé, y compris celles relevant de la prévention. Les remboursements par d'autres organismes (mutuelles, assurances privées) doivent être marginaux.

Solidaire : elle doit être financée par des prélèvements sur l'ensemble des bénéficiaires des entreprises, des revenus de la Nation et des cotisations progressives par rapport aux revenus.

Ce financement assurera l'augmentation des dépenses de santé due aux progrès de la médecine (notamment techniques) et du vieillissement de la population.

Conserver le meilleur système de santé selon les critères définis par l'Organisation Mondiale de la Santé relève d'un choix politique affirmant la dimension éthique de la santé et nécessite un débat national transparent et contradictoire.

Motion n°2

L'USP rappelle que l'ensemble des médecins travaillant à l'hôpital doit bénéficier du statut de praticiens hospitaliers avec une rémunération proportionnelle au temps de travail.