



**UNION SYNDICALE
DE LA PSYCHIATRIE**

**52 rue Gallieni 92240 Malakoff
tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60
e-mail : uspsy@free.fr – site : www.uspsy.fr**

**CONGRES ANNUEL de l'USP
28 au 30 mars 2008 - PARIS**

RAPPORT MORAL 2008 par Pierre Paresys

Chers camarades,

Nous voici donc réunis pour le 23^e congrès de l'USP (notre 23^e pour certains d'entre nous). Ne peut-on pas dire qu'il s'agit déjà là d'une performance tant nous sommes dans le quotidien aux prises à de plus en plus de difficultés dans le simple exercice de notre métier... Nous avons subi durant cette année syndicale un véritable raz-de-marée sécuritaire et des attaques constantes contre le service public et les principes de solidarité, et je remercie donc le conseil national d'avoir néanmoins maintenu notre niveau de combativité. En dépit de cette lamentable campagne présidentielle dont la concurrence s'est faite sur le terrain sécuritaire sans qu'à aucun moment, comme en 2005, l'on ne s'attarde sur la nécessaire définition des services publics, fort éloignés des services d'intérêts généraux dont nous voyons l'imposition progressive et de plus en plus rapide depuis quelques années.

Paul Machto dans son texte de contribution au débat sur les pratiques (« La psychiatrie doit être faite et dé faite par tous » disait-on ... Par où commencer ?) s'inquiète entre autres et à juste titre de « l'ordre réglementaire qui s'applique sans discernement, guidé par la peur panique des administratifs invoquant les risques de poursuites judiciaires ». Pourtant, les personnels ont toujours un statut qui confère un caractère non détachable à l'exercice de certaines actions et ces menaces s'appuient sur un mensonge... Mais qu'en sera-t-il quand ce statut avec l'aide de la FHF sera de droit privé et réduira d'autant les possibilités collectives de défense ? Toute marge d'appréciation disparaîtra alors... Qui n'a pas entendu parler de ce facteur sanctionné parce qu'il profitait honteusement de sa tournée, sans aucun souci d'économie, pour apporter pain et médicaments aux personnes âgées ?

Même s'il était un peu lourd et confus, je n'en assume pas moins complètement le communiqué du 11 novembre et en reprends ici un extrait : « Les réformes engagées depuis 2002 sont parfaitement cohérentes et visent toutes à abandonner le principe de solidarité au profit d'une politique de marchandisation de l'individu et de contrôle social. Surveiller et punir, pas soigner et surtout pas de façon solidaire ». Dans cette logique, la liquidation des services publics devient un impératif : ils représentent un facteur de cohésion et de paix sociale, un filet de « sécurité sociale » réduisant les inégalités et les écarts, c'est un mode de redistribution des richesses atténuant la violence du marché. Ils favorisent donc la survie des inutiles... Le système américain qui fascine lui aussi notre président est beaucoup plus performant : essentiellement privé, et le plus coûteux au monde : les Etats unis dépensent 14 % de leur PIB pour leurs frais de santé, contre 10 % pour la France. Plus d'un tiers (36 %) des familles américaines vivant en dessous du seuil de pauvreté n'ont aucune couverture médicale. 18 000 personnes meurent chaque année aux Etats-Unis parce qu'elles n'ont pas de couverture médicale ! Mieux encore, c'est sur décision « médicale », mais en réalité financière, que les soins seront effectués, en fonction d'une équation savante entre la valeur de l'individu (son niveau de couverture sociale, reflet de son niveau de vie) et le coût des soins pour la collectivité. Depuis 2002, les amis du président ou ses valets, de Mattéi à Bertrand, en

passant par Douste Blazy (précurseur avec son forfait, Kouchner les a rejoints), nous ont donc concocté des réformes visant à « privatiser » l'organisation du système de santé et surtout le statut des médecins pour mieux les soumettre comme aux Etats-Unis au diktat gestionnaire.

Et nous y sommes : la FHF souhaite faire office de fédération d'employeur à l'hôpital public (*Le Quotidien du médecin* du 17/3/08) : « Les contrats qui existent aujourd'hui manquent de souplesse. Les règles de rémunération, notamment, sont fixées par l'Etat : les hôpitaux ne peuvent pas décider des revenus des médecins. Demain, si notre scénario est retenu, il y aura une négociation entre la FHF et les syndicats de praticiens contractuels, qui débouchera sur la signature d'une convention collective. Car qui dit contractualisation, dit convention collective. Chaque contrat pourra alors fixer la rémunération, la durée du travail, les congés, les conditions de travail, et des objectifs individuels portant sur la qualité et le volume d'activité. Les syndicats médicaux ne veulent pas entendre parler de volume d'actes, mais c'est important d'y venir. Dans le privé, les médecins comptent leurs actes ; pourquoi n'en serait-il pas de même à l'hôpital ? L'efficacité des services hospitaliers passe par là (Gérard Vincent) ». Les CHU proposent quant à eux de garder le concept d'établissement public administratif (EPA), mais d'ajouter que cet établissement peut gérer un service industriel et commercial. Nous y voilà donc, rien ne sert de faire l'autruche.

Les PH sont de plus en plus nombreux à interpeller leurs syndicats pour faire alliance avec les grandes centrales, c'est nouveau et plutôt positif (il n'est jamais trop tard dira-t-on)... Mais sur quel projet ? Quels principes ? La solidarité doit-elle être dépendante de la croissance ou de la « bonne santé » de l'économie ? A l'encontre du consensus droite - « gauche » actuel, je dirais non ! Ou alors la notion d'intérêt général issue de ce même consensus, réduite à la somme des intérêts particuliers majoritaires, autoriserait automatiquement l'exclusion partielle ou totale de ce(ux) qui coûte trop cher. Si nous n'en revenons pas à ces fondamentaux : l'indépendance du statut, la solidarité sociale, la santé publique, l'intérêt général, une formation à la communication nous sera indispensable pour défendre nos MIGAC dans le futur Téléthon généralisé que deviendra la Sécurité sociale...

Notre bon vieux code de déontologie médicale présente dans l'évolution actuelle un caractère révolutionnaire qui doit pouvoir nous être utile :

- Article 7 :

le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

- Article 95 :

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

- Article 97 :

Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

Ce sont d'ailleurs en partie ces arguments qui ont été mis en avant par le Comité Consultatif National d'Ethique dans son avis sur la T2A .. Mais il est vrai que pour notre président, éthique, déontologie et plus généralement débat contradictoire aboutissent à des avis « éloignés de la vraie vie » : « il en est parfois très choqué » (APM 31/2/2008) ! Et c'est une bonne raison pour changer profondément le fonctionnement du CCNE. Il est vrai que celui-ci ose émettre des avis sur les orientations actuelles de la politique de santé qui pourraient réveiller les consciences (chut ! Les français dorment...). Avis n°101 du CCNE, à propos de la T2A : « en privilégiant la comptabilisation des actes techniques au détriment de l'écoute ou d'examen cliniques longs et précis, elle conduit à considérer comme « non rentables » beaucoup de patients accueillis notamment en médecine générale, en psychiatrie, en gérontologie ou en pédiatrie »... A propos de L'ADN (avis n°100) :

« L'erreur est de laisser penser qu'en retrouvant le gène, la filiation serait atteinte. La filiation passe par un récit, une parole, pas par la science. L'identité d'une personne et la nature de ses liens familiaux ne peuvent se réduire à leur dimension biologique. La protection et l'intérêt de l'enfant doivent être une priorité quand il s'agit de décisions concernant la famille (...). D'une manière générale le CCNE attire l'attention sur la dimension profondément symbolique dans la société de toute mesure qui demande à la vérité biologique d'être l'ultime arbitre dans des questions qui touchent à l'identité sociale et culturelle. Elle conduirait furtivement à généraliser de telles identifications génétiques, qui pourraient se révéler à terme attentatoires aux libertés individuelles »... Avis n°102, concernant « Biométrie, données identifiantes et droits de l'homme » : « Cette tentative de réduction biométrique qui ne capturera jamais l'essence de la personne ne peut-elle pas déséquilibrer le regard sur la personne enfermée dans sa « biométrie » au profit de la seule apparence fut-elle scientifiquement déterminée ? Ne réduit-elles pas l'homme à une accumulation de données et de critères cartographiques ?... »

Ne pas combattre une dérive gestionnaire et sécuritaire qui contrevient aussi clairement à l'éthique médicale en rendant impossible le respect de ces articles (7,95,97) est dès lors interdit. Mais que fait donc le conseil de l'Ordre ? Le plus souvent, il s'inquiète un peu, comme la CNIL. Par contre, si un confrère psychiatre essaie (sans doute maladroitement) de se donner les moyens de pouvoir apporter des soins à un sans papiers, là il récupère toute son énergie !

Je reprendrais ici une contribution qu'Olivier Labouret m'a fait parvenir et à laquelle je souscris totalement : « Ce que l'éthique et la déontologie médicales nous commandent de poursuivre, c'est la lutte contre la dérive scientiste de notre profession, dérive où se conjuguent les intérêts sécuritaires et financiers du néo-libéralisme, notamment à travers l'omnipotence de l'industrie pharmaceutique. La recherche, les congrès et les publications sont ainsi orientés vers le comportementalisme, la neurobiologie, la génétique, au détriment de la compréhension de la souffrance subjective en ce qu'elle peut avoir d'irréductible à la seule psychologie, au seul cerveau, à la seule « vulnérabilité génétique ». La souffrance professionnelle et économique, en particulier, est totalement niée dans ses aspects réactionnels à une politique consumériste et managériale qui remet en cause dramatiquement les droits du travail et la citoyenneté. Les journées parlementaires sur la santé mentale, le numéro spécial du *Quotidien du Médecin* sur la psychiatrie, les recherches de l'INSERM sur la vulnérabilité génétique des addictions, sont autant d'exemples de l'assimilation insensée qui est en train de se faire entre troubles psychosociaux du comportement et maladie mentale. Ce qui se profile est clairement une gestion des défaillances socioprofessionnelles et des déviations comportementales par la détermination supposée du risque génétique, ce qui permettra à ceux qui nous gouvernent, ultra-libéraux et industriels, d'occulter définitivement la pathogénicité environnementale, sociale, économique, politique, historique dans le mal-être individuel. La responsabilité de la recherche psychiatrique, notamment universitaire, dans ce processus, est considérable, et sa dépendance financière à l'égard de l'industrie pharmaceutique doit être dénoncée ».

Notre positionnement dans les EGSAM (Etats Généraux de la Santé et de l'Assurance Maladie) nous a permis d'être d'emblée actifs dans le mouvement contre les franchises, mais nous gagnerons à nous investir beaucoup plus dans « la Convergence pour les services publics » pour expliciter nos positions en tant que médecins et renforcer nos alliances sur un projet clair. Il est en effet évident que le rapport de classes et la méfiance restent très présents... Je suis prêt si le futur bureau m'y autorise à participer autant que possible aux assemblées générales de la Convergence.

S'il nous faut peut-être remercier Mme Bachelot pour ne pas s'être précipitée de ficeler une révision sécuritaire de la loi de 90, alors que, en dehors de l'USP, peu de voix s'élevaient pour condamner la garde à vue psychiatrique de 72 heures et l'obligation de soins généralisée dans la communauté, j'ose espérer toutefois qu'au delà de l'incurie ministérielle, le mouvement soutenant la judiciarisation de l'internement a largement participé à cette provisoire mise au placard...

Il nous faut cependant rester vigilant et poursuivre la mobilisation et la réflexion, car ce n'est pas le gouvernement de Nicolas Sarkozy, mais certains confrères, qui ont commis une série de rapports dont les propositions sont liberticides en proposant une participation des équipes de secteur à un hypercontrôle social dans le cadre d'un « réseau » où la transparence et le « tout savoir sur tous » seraient de toute évidence la solution orwellienne à toute difficulté sociale, réduisant par ailleurs le psychiatre à un rôle d'expert coordinateur et de prescripteur de psychotropes et de

psychothérapies formatées. Les contrats dont parle Alain Chabert dans son dernier texte en y introduisant le suivi et la prise de traitement obligatoires sont de parfaits outils pour effacer la singularité de l'individu. Toute parole discordante sera annulée, quand chaque malade-déviant potentiel aura pré-consenti par « contrat : travail, logement, traitement », l'admission, la mise en chambre d'isolement (banalisée comme « protocole de soin » et encouragée financièrement), l'injection, la sortie rapide et la répétition éventuelle tous les 15 jours...

Je ne crois pas que seule l'incurie ministérielle soit à l'origine du silence du ministère de la Santé concernant la loi de rétention de sûreté... Il s'agit là d'une nouvelle étape dans l'instrumentalisation de la psychiatrie, de la médecine à des fins sécuritaires et de marketing électoral. Cette lâcheté du ministère de la Santé est intolérable. Pourtant, dès le début, des associations comme l'ASPMP, l'APSEP et le SMEP ont pris position clairement contre la proposition de la mission parlementaire conduite par M. Garraud, député, de création d'un Centre Fermé de Protection Sociale. Comme le rappelaient ces associations : « Les experts s'accordent du reste sur l'impossibilité de déterminer avec certitude si une personne est susceptible ou non de récidiver ; la définition du risque comporte une marge d'erreur importante. C'est donc le principe même de telles structures que nous récusons, véritables lieux de relégation qui viendraient se substituer en fait à une peine de réclusion criminelle à perpétuité ». Rappelons que le meilleur moyen de prévenir un risque de récidive criminelle est, encore et toujours, la préparation de la sortie de prison dès l'incarcération ainsi que les aménagements de peine dont la libération conditionnelle, assortis de mesures d'accompagnement global, de soutien social et de contrôle à la sortie de prison. Ce qui suppose évidemment la mise à disposition de moyens adéquats.

L'USP, l'ensemble des professionnels de la psychiatrie, de la justice, des services d'accompagnement et d'insertion se sont pourtant majoritairement mobilisés contre le projet de loi, puis plus récemment contre la rétroactivité... Parce que la rétention de sûreté ajoute de l'enfermement à la peine de prison, déjà anormalement longue en France au regard des standards européens, et constitue en conséquence un traitement inhumain et dégradant, parce que la rétention de sûreté implique un pronostic arbitraire de la « dangerosité », dont les contours ne peuvent être clairement définis, ni par les psychiatres, ni par les juristes, parce que la rétention de sûreté crée l'illusion du « risque zéro » de récidive par l'exploitation démagogique de la douleur des victimes, il était évident que nous devions nous mobiliser contre cette loi. L'USP a appelé les psychiatres à ne pas participer à ce dispositif, mais il m'apparaît indispensable qu'une motion le réaffirme. Là encore le code de déontologie légitime je pense cette position :

- Article 106 :

« Lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code ».

Est-il en effet licite qu'un médecin participe à une nouvelle forme d'inquisition morale visant à nous délivrer du mal ? Le CLEJ (collectif liberté égalité justice) à la création duquel l'USP a participé largement (je remercie Claude Louzoun et Jean-Pierre Martin d'avoir dès le début assuré présence et liaison), a été particulièrement efficace sur ce terrain médico-légal et Philippe Gasser (un des futurs possibles) a sur ce nouveau front porté le soutien de l'USP pour la récente nuit des libertés. Ce collectif nous permet de conforter le rétablissement de liens anciens avec le Syndicat de la Magistrature et de poursuivre un débat nécessaire avec ces derniers, mais aussi avec de nombreux syndicats et associations de professionnels ou de citoyens (liste non actualisée : Syndicat de la Magistrature, Ligue des Droits de l'Homme, FCPE, SNEPAP-FSU, Association des juristes démocrates, MJS, Commission Justice des Verts, CGT-PJJ, CGT-UGICT, SNPES-PJJ-FSU, LCR (Anne Leclerc), Union syndicale de la psychiatrie, FSU territoriaux, Le GENEPI, UNEF, Les Verts, SNESUP). Je vous convie à en lire le manifeste si ce n'est déjà fait.

Il y a donc du boulot pour nous tous et pour le ou la future président(e) et je souhaite longue vie à l'USP... J'en profite par ailleurs pour appeler à rejoindre le prochain CN, en particulier les jeunes PH et internes qui ont récemment rejoint l'USP et qui sont pour certains déjà mobilisés dans le cadre du Collectif des jeunes médecins contre les franchises, surtout (mais pas seulement) pour ce qui concerne les statuts et la formation (initiale et continue).