



Contribution de l'Union Syndicale de la Psychiatrie pour la table ronde du 17 janvier à l'Assemblée nationale organisée par Mme Martine Wonner, députée du Bas-Rhin (La République en marche) dans le cadre d'une **mission « flash »** relative **au financement de la psychiatrie** pour laquelle elle a été nommée rapporteure par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Tout d'abord, nous remercions Madame Wonner d'avoir invité l'USP comme l'avait fait un de ses prédécesseurs Monsieur Denys Robillard. Cette invitation nous arrive alors que la ministre de la Santé nous ignore, autant dans le cadre du Conseil national de la santé mentale que du Comité de pilotage « psychiatrie ». Pourtant, nous rappelons que l'USP a obtenu 17 % des voix aux dernières élections statutaires dans le public et par ailleurs représente un certain nombre de psychiatres d'exercice « dit » libéral.

Nous supposons qu'il s'agit ici d'aborder la question du **financement de la psychiatrie publique, autrement dit de la psychiatrie de secteur**. La principale spécificité de la psychiatrie publique est d'être dans l'obligation de proposer une réponse à la population sans discrimination d'âge, de handicap, de situation sociale, de diagnostic etc.

La brutalité de la politique gestionnaire depuis des décennies a entraîné la déshumanisation et la perte de sens de nos pratiques. Malgré un juste constat fin 2017 effectué par la ministre, salué par nos meilleurs vœux dans une [lettre ouverte le 16 janvier 2018](#), le mépris du pouvoir est maintenu, voire renforcé depuis 18 mois.

La volonté de standardisation et d'homogénéisation des pratiques, de liquidation de la politique de secteur dans ses fondements est maintenue ([feuille de déroute de la psychiatrie du 16 juillet 2018](#)).

Les 50 millions accordés par Madame Buzyn à la psychiatrie sont tout à fait insuffisants. Mais pire, ce serait une vraie catastrophe si cela devait servir au décours de prescriptions ou d'ordonnances d'Etat via les ARS, les migacs et les budgets fléchés, à accélérer encore la liquidation de la psychiatrie de secteur dans sa diversité, et à achever **la destruction déjà bien avancée de la pédopsychiatrie**.

La sectorisation des années 1960-70 a permis la mise en place d'une offre de soins psychiatriques publics. Cette ambition, qui se plaçait dans l'esprit du CNR (Conseil National de la Résistance), est restée inachevée. Pour que le secteur devienne possible, pour qu'il existe et se développe, il faut rompre avec les logiques d'enfermement (déclinées aujourd'hui en chambres d'iso, services fermés, unités spéciales sécurisées de tout type (UMD, USIP, UHSA...). Il faut **réaffirmer, dans le cadre d'une loi de programmation pluriannuelle, la centralité du soin psychiatrique généraliste de proximité**, en en finissant avec la paupérisation de la psychiatrie.

La politique de secteur, sur quelques dizaines d'années, avait en effet permis à un grand nombre d'équipes d'organiser notamment dans les Centres médico-psychologiques (ou dans d'autres structures), un **accueil, une disponibilité**, une écoute dans des lieux ouverts et hospitaliers, dans la cité au plus près de la population. Ces lieux sont, pour le moment, encore souvent accessibles sans excès de formalité, sans fichage excessif, sans paiement à l'acte et donc hors parcours de soins à tous ceux qui le souhaitent. Cet accès direct, sans jugement, sans procédure ou protocole pré-applicable, dans le respect de la différence, de la singularité est indispensable.

La politique de secteur, quand elle existe, représente un exemple qui, selon nous, devrait être suivi par les autres spécialités, notamment pour ce qui concerne la continuité des soins,

l'articulation temps plein-temps partiel, l'ambulatoire, la liaison entre divers intervenants etc. Cela implique comme **condition indispensable que les agents, médicaux ou autres, ne sont pas interchangeables**. Il s'agit là d'une nécessité impérieuse pour pouvoir mettre en œuvre un dispositif permettant de proposer des soins à toute la population sans discrimination tout en apportant une réponse singulière et une adaptation dans le temps.

Cette politique impose **créativité et « artisanat »** au quotidien, le contraire de la « modélisation et standardisation » ; elle impose **indépendance, pérennité et responsabilité** de l'équipe.

Le constat fait par Madame Buzyn aurait donc dû entraîner immédiatement une abrogation des lois (Touraine, Bachelot, HPST, hôpital 2007 etc.) qui n'avaient d'autres objectifs que la transformation du service public hospitalier en entreprise au management agressif, de soumettre l'ensemble des personnels à des diktats productivistes. Dans ce schéma, les médecins sont soumis au directeur, lui-même soumis à l'ARS, elle-même soumise au ministère de la Santé... ce dernier étant soumis à Bercy pour garantir l'austérité...

Au contraire, Madame Buzyn s'inscrit dans la dynamique mortifère organisée par ses prédécesseurs.

Le croisement et les strates « décisionnelles », dont la dernière est le GHT, ont favorisé la **déresponsabilisation** de tous et permis cette casse. Tout cela ne pouvait qu'aboutir à une perte de sens, aux « dysfonctionnements performants » !

La dictature comptable a un coût ([communiqué Non à la dictature comptable !](#)) et ne permet pas le soin.

La valorisation de l'activité représente un danger réel pour la politique de secteur, notamment par le risque associé de discrimination sur des bases médico-économiques, par le formatage des pratiques qu'elle induit, par **l'orientation de la pensée et de la réflexion vers le produit plutôt que vers le patient**. Le Comité National d'Ethique en a rappelé les dangers (avis 101), notamment pour la psychiatrie et la gériatrie.

Les migacs, les ordonnances d'Etat, les budgets fléchés (outre l'appauvrissement des pratiques) ont un coût : ils sont source de gaspillages en orientant la quête dans un sens souvent inadapté aux besoins des patients. Ils cassent des dispositifs pertinents et génèrent un surcoût. **Cette logique d'un financement sur la base d'indicateurs** quels qu'ils soient - qualité, parcours - présente toujours les mêmes travers, avec adaptation au système de **financement des indicateurs** ([communiqué Le monde de la santé selon Macron est un monde en ruine](#)). Il favorise la dictature comptable, la discrimination entre les patients adaptables ou non au dispositif. Il favorise le privé lucratif au détriment du public et de ses impératifs d'accès pour tous.

Il faut ici un mode de **financement stable, lisible sur la durée** permettant aux équipes d'adapter autant que de besoin le dispositif en fonction des besoins et des moyens réels.

Les équipes doivent pouvoir s'associer dans le cadre de fédérations de secteur (et intersecteurs) ou d'établissements publics de secteur spécifiques à la psychiatrie ; ces associations ou groupements doivent être de taille « raisonnable » (150 à 300 000 habitants en fonction de la géographie des secteurs) pour ne pas nuire à la politique de secteur. Pour les mêmes raisons, l'élaboration de dispositifs communs ou intersectoriels (liens avec le MCO et les urgences etc..) doit être partagée dans le respect de la culture et des besoins de chaque secteurs. Les participations au financement doivent être lisibles ; ce ne doit pas être l'occasion, avec le soutien de l'ARS, de se voir imposer des pratiques ou une organisation inadaptée. **La diversité des pratiques et des modèles doit être respectée et la formation des soignants médecins ou non doit le garantir.**

Le défaut de soins augmente la dépendance, les besoins en lits et le recours au médico-social, nous le rappelons.

Il nous faut conforter et développer l'accueil, rétablir et développer les CMP et les antennes afin de permettre un accès aux soins, un accueil dédramatisé, y compris dans les parties reculées des secteurs. Ce développement de l'accueil, favorise la prévention, limite le recours à l'urgence, prévient la violence institutionnelle, notamment en limitant la contrainte tout au long du parcours. Le prétendu « virage ambulatoire » (il est dans les « gènes » de la politique de secteur) n'est pas soutenable sans moyens humains ; la même équipe doit pouvoir poursuivre le travail thérapeutique en ambulatoire ; or, force est de constater que le plus souvent, **le nombre de lits est inversement**

proportionnel au nombre d'ETP de psychiatre. Il faut donc **corriger les inégalités inter et intra-régionales** ; certaines zones périurbaines ou rurales subissent parfois la double peine comme le souligne le mouvement des Gilets jaunes. La densité doit être suffisamment importante pour autoriser un travail de qualité, par exemple un ETP de psychiatre pour 10 000 habitants en psychiatrie de secteur adulte.

Nous demandons l'abandon immédiat de toute référence à la VAP, valorisation à l'activité, arbitrairement utilisé par les ARS, qui provoque des dégâts, tant le travail en psychiatrie qui est travail d'écoute et de parole, est incompatible avec elle. Le budget est prévu en fonction des « projets » établis localement et convenant à l'ARS. Soit une homogénéisation par le bas.

Nous affirmons que le seul indicateur possible est celui des populations (nombre d'euros par habitants), en prenant en compte la dimension géo-démographique qui définit le secteur psychiatrique et, surtout en zones rurales, la question de l'accessibilité aux soins (transports publics). La précarité doit être prise en compte, mais il s'agit comme pour la souffrance au travail, les conséquences de la pauvreté et des inégalités, du travail généraliste des équipes de secteur. **Il nous faut une vraie politique de solidarité sociale** (répartition des richesses, développement de services publics accessibles à tous).

Tout ce qui favorise le renoncement ou le retard au soins et coûteux par manque de lisibilité de la prise en charge ou par des pratiques humiliantes et discriminantes à l'égard des plus pauvres doit être abandonné au profit d'un vrai 100 % Sécu pour tous ([Socle commun : notre santé en danger](#)). Le financement de la Sécurité sociale doit être soutenu.

En résumé : S'il apparaît évident à tous que le budget national de la psychiatrie publique de secteur (somme des DAF) doit être individualisé, spécifique, protégé et largement augmenté, cela ne peut suffire à sortir de la « catastrophe » actuelle.

1/ Les inégalités doivent être dans le même temps corrigées

- Dans le cadre d'un plan pluriannuel lisible par tous, par une péréquation inter-régionale et intra-régionale, sur la base d'un budget à l'habitant (euros par).
- Ce coût à l'habitant doit prendre en compte la dimension géo-démographique qui définit le secteur psychiatrique et, surtout en zones rurales, la question de l'accessibilité aux soins (transports publics), ainsi que la précarité

2/ la politique de secteur doit être rétablie et confortée

- En redonnant aux équipes l'indépendance indispensable à cet « artisanat » par la solidité statutaire des soignants.
- Rétablissement de la commission statutaire dans ses fonctions : suppression des avis locaux pour les PH, nomination au niveau national des chefs de secteurs, maintien du concours, suppression de la gouvernance gestionnaire de pôle ; suppression de tous les budgets fléchés migac et autres.
- Il faut en finir avec le management agressif et la souffrance qu'elle entraîne chez les soignants comme l'actualité de notre spécialité le met en lumière presque quotidiennement.
- En favorisant les associations de secteurs et inter-secteurs sous la forme de fédération de secteur ou d'établissement publics de secteur pour assurer une réponse partagée quand cela est indispensable pour une meilleure réponse aux besoins des populations des différents secteurs et non pour des raisons budgétaires.
- En favorisant l'implantation locale de soignants médecins et autres par des mesures spécifiques (par ex au niveau médical : priorisation de l'accès à certains postes ou zones pour service rendu).
- En favorisant une formation répondant aux exigences de la diversité des pratiques et des modèles : fin de l'exclusivité des universitaires dans l'organisation de la formation.

Concernant la formation des internes, il convient notamment de :

1. Refondre complètement la composition des Commissions régionales et locales de la spécialité par une représentation majoritaire de la psychiatrie, incluant les diverses formes d'exercice de la profession, avec une place prépondérante de la psychiatrie de secteur.
2. Supprimer l'obligation de semestres en C. H. U.

3. Généraliser les agréments à l'ensemble des secteurs de la psychiatrie générale et infanto-juvénile, et d'ouvrir la possibilité de semestres auprès de psychiatres en cabinet libéral.
4. Augmenter significativement le recrutement de futurs psychiatres lors des épreuves classantes nationales (ECN).
5. Revenir à une unité de la psychiatrie dans cette formation initiale, sans choix précoce entre la psychiatrie générale et infanto-juvénile.
6. Diversifier obligatoirement les approches théoriques et pratiques dans les enseignements, les mémoires et les thèses. Le rôle du Centre national de prévention et de protection (CNPP) et de la Fédération des spécialités médicales (FSM) doit être la mise en place et le contrôle de cette diversité. L'USP réclame donc le retrait immédiat de l'actuelle réforme du D. E. S. et la participation des représentants de l'ensemble des psychiatres en formation à la refonte de la formation.

3/ Le budget de la psychiatrie ne doit pas être détourné dans son usage

- La précarité et la pauvreté génèrent de la souffrance et doivent faire l'objet d'une politique spécifique : organisation d'une meilleure répartition des richesses, développement des services publics de proximité, augmentation des salaires. Tout ce qui favorise le renoncement ou le retard au soins et coûteux par manque de lisibilité de la prise en charge ou par des pratiques humiliantes et discriminantes à l'égard des plus pauvres doit être abandonné au profit d'un vrai 100 % Sécu pour tous ([Socle commun : notre santé en danger](#)). Le financement de la Sécurité sociale doit être soutenu.
- La souffrance au travail est un motif de consultation qui augmente de façon considérable ces dernières années ; une nouvelle politique visant à l'amélioration de la protection au niveau travail, à la révision de la hiérarchie des normes, la consolidation du statut, l'indépendance et la défense des médecins du travail ([communiqué Employeurs, harcelez tranquilles, l'Ordre vous protège](#)), le soutien de l'inspection du travail et de son indépendance.
- La psychiatrie ne doit pas être instrumentalisée à des fins sécuritaires.

4/ Aménagement du territoire

Une politique visant à lutter contre la désertification est indispensable pour soutenir la politique de secteur et réduire les inégalités. Il s'agit d'améliorer la qualité de vie, de limiter le sentiment d'abandon pour les populations et donc pour les soignants comme élément d'attractivité : rétablissement et développement des services publics, écoles, transports en communs notamment ferroviaire, logement, santé (hôpitaux de proximité, centres de santé avec salariés et potentiellement ph) etc... comme le traduit le mouvement des gilets jaunes.

Merci de votre attention

Pierre Paresys et Philippe Gasser, vice-présidents de l'USP