



COMMUNICATION pour la table ronde de la mission d'information parlementaire relative à l'organisation territoriale de la santé mentale (21 mai 2019)

L'USP tient préalablement à faire remarquer – et à déplorer – que les propositions qu'elle a précédemment formulées lors de son audition le 7 janvier dernier par la « Commission Flash » sur la psychiatrie n'ont non seulement pas été retenues, mais surtout pas discutées.

Nous tenons à rappeler que la notion du secteur psychiatrique ne doit pas être considérée comme une « vieille lune » que des idéologues d'une psychiatrie attardée – ou des idéologues attardés de la psychiatrie ! – revendiqueraient comme un totem sans lien avec la réalité, mais qu'au contraire, en pratique et dans les pratiques de terrain, elle représente un élément important pour le soin psychique et pour la santé publique car répondant à la nécessité d'accès aux soins de proximité pour toutes et tous, à égalité, sur l'ensemble du territoire.

Ces pratiques permettent en outre de conserver un élément fondamental pour la santé mentale des personnes en soins en évitant leur désocialisation et en les maintenant dans leur environnement habituel, familial, affectif et social.

Et, pour évoquer un argument qui semble cher aux garants gouvernementaux de l'austérité, des rapports économiques démontrent également que, même si des moyens substantiels sont nécessaires aux pratiques de terrain, les soins ambulatoires sont plutôt moins dispendieux que les soins hospitaliers et certainement plus à même de garantir le suivi et la stabilisation des patients, pour peu que les stratégies de soins s'inscrivent dans la continuité des prises en charge et donc dans la pérennité des unités psychiatriques de secteur et de leurs personnels.

Sans dénier les contributions de la science à l'essor de la discipline – car la psychiatrie demeure une discipline médicale, qui ne devrait pas, ainsi que le déclarait la ministre, « rester le parent pauvre de la médecine » – mais en faisant toutefois remarquer que les apports « scientifiques » demeurent bien pauvres ces trente dernières années, quoiqu'en disent les laboratoires pharmaceutiques qui n'ont pu que « relifiter » des molécules psychotropes (*pour maintenir leur chiffre d'affaire !*), en réduisant certes certains effets secondaires, mais en induisant aussi d'autres effets iatrogènes indésirables, l'USP tient à réaffirmer la primauté de l'Humain dans le soin psychique qui demeure avant tout un soin de relation (...*nulle molécule ne pourra jamais susciter l'alliance thérapeutique, si nécessaire au soin !*).

C'est pourquoi nous considérons les supposées « solutions » énoncées par la commission « Flash » que comme des cache-misère destinés, une fois encore, à gérer l'austérité plutôt qu'à promouvoir une dynamique des soins psychiatriques profitables aux patients et rassurantes pour l'avenir des acteurs et actrices des soins psychiatriques.

Comme nous l'évoquions dans notre communiqué du 14 février dernier ([Mission Flash psychiatrie : encore raté](#)), si nous ne pouvons qu'être en accord avec les constats énoncés (« la psychiatrie hospitalière est à la fois sous financée et mal financée »), nous ne pouvons cautionner les conclusions, d'ailleurs contradictoires, qui s'en sont suivis.

L'ambiguïté quant au financement de la psychiatrie (tarification à l'activité versus « prise en

compte de l'activité et financement de l'innovation » ?) et des « indicateurs » prenant davantage en compte les indices économiques que les besoins des populations ne peuvent que nous laisser dans l'inquiétude et la colère quant à l'avenir de l'organisation de la psychiatrie sur le territoire ([communiqué Non à la dictature comptable](#) et [communiqué Le monde de la santé selon Macron est un monde en ruine](#)).

Et ce ne sont pas non plus les mesures proposées pour l'entrée de la psychiatrie dans les « soins palliatifs » qui vont nous rassurer : du « conventionnement » des psychologues, ainsi transformés en auxiliaires de santé destinés à pallier la pénurie de psychiatres (et qui supposerait que les déserts médicaux sont néanmoins peuplés de psychologues cliniciens ?) à l'apparition d'infirmier.e.s de pratiques avancées (dont nous ne savons pas vraiment quel « avancement » ils-elles pourraient représenter ni quelles « pratiques » pourraient être ainsi développées ni avec quelles formations... hormis une « avancée » vers l'inflation des prescriptions médicamenteuses ?) , l'USP ne peut faire ici que le triste constat d'une psychiatrie à l'agonie où le gouvernement actuel n'envisage d'autre solution que d'euthanasier le soin de relation avant de la réanimer artificiellement à grand renfort de chimiothérapie ! Le risque de dispersion, de morcellement, de clivage, et de traitement symptomatique et grand là où la cohérence, la globalité et la continuité sont essentiels.

Il nous faut au contraire 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 » (qui est dans les « gènes » de la politique de secteur) n'est pas soutenable sans moyens humains. Une même équipe doit pouvoir poursuivre le travail thérapeutique qui a lieu en hospitalisation complète ou de journée 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.

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 secteur. 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.

L'USP maintient donc toujours les préconisations déjà évoquées lors de la précédente commission :

1/ Les inégalités doivent être dans le même temps corrigées

- Dans le cadre d'un plan pluriannuel lisible par tous, par une péréquation interrégionale 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 ou non 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.

Les gadgets mis en place pour cacher ou tenter de palier à la désagrégation organisée de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie favorisée par les GHT et l'absence de loi spécifique (par ex : les communautés psychiatriques de territoire) doivent soutenir la réponse sectorielle et non favoriser des intersectorialités par symptômes ou comportements.

Une loi spécifique doit-être votée en parlement, comme le précise notre profession de foi pour les élections professionnelles.

La formation des internes et des psychiatres doit-être cohérente avec ces orientations, tel que nous l'avions réaffirmé lors de la table ronde du 17 janvier sur la base de la motion de congrès [Formation initiale des internes](#).

Il s'agit notamment de 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 des professionnels. Tout ce qui favorise le renoncement ou le retard aux soins est coûteux. Le manque de lisibilité de la prise en charge ou les 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.

Dr Pascal BOISSEL
Président de l'USP

Dr Philippe GASSER
Vice-président