

CONTRIBUTION DE L'USP AUX TRAVAUX DE LA CNP. Mars 2021

La priorité est de **conforter et développer l'accueil de proximité**, rétablir et développer les CMP et les antennes afin de permettre un accès aux soins, un accueil dédramatisé, sans paiement à l'acte, sans discrimination d'âge, de diagnostic, de situation sociale, de handicap, 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.** C'est lors de ce premier contact sans condition, que le travail d'alliance se prépare et même s'il ne donne pas immédiatement lieu à du « soin », il y prépare. **Le prétendu « virage ambulatoire » (qui est dans les « gènes » de la politique de secteur) n'est pas soutenable sans moyens humains. Les équipes de secteur doivent être renforcées.** Une même équipe doit permettre une continuité entre le travail thérapeutique qui a lieu en hospitalisation complète ou de jour et 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. 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.** Le plafonnement des installations en ville apparaît inévitable.

Comment parler de **lutte contre la stigmatisation** s'il s'agit de casser cet **accueil inconditionnel**, le travail de dizaines d'années, en n'y acceptant que les patients les plus en difficultés qui y auront été orientés par une plateforme d'aiguillage avec prochainement un questionnaire standardisé de tri sélectif (Cour des comptes). Quelle place pour l'humain et la relation ?

A quoi bon parler de difficultés liées à l'article 84 dans une sous-commission si tout ce qui doit permettre accueil, continuité et globalité dans le cadre des obligations du secteur à l'égard d'une population est abandonné, morcelé, hyperspécialisé ?

Cette dimension sera renforcée par un nouveau mode de financement qui fera choisir le patient qui produit de l'acte, qui est renouvelable, n'encombrera pas trop longtemps la file active, les patients dits chroniques devant aller se faire suivre ailleurs car non rentables. Les obligations de l'équipe de secteur à l'égard d'une population en font un dispositif original qui réclame pour les équipes un **financement garanti et pérenne, détaché de toute pression, notamment d'une forme de paiement à l'acte** qui a montré son caractère dévastateur en MCO, que la crise du COVID rend visible et son échec pour la médecine dite libérale notamment pour la couverture des déserts médicaux. **Les temps de réunion, indispensables à la réflexion clinique, doivent être préservés.**

Il s'agit d'un argument supplémentaire pour ne pas s'appuyer sur un saupoudrage « libéral » qui ne viendra pas, car la psychiatrie libérale s'appuie en règle générale sur les dispositifs hospitaliers de proximité notamment public. L'échange pluri-professionnel et la proposition d'un cousu-main adapté à la singularité des patients sans discrimination trouvent une place « naturelle » dans le travail de l'équipe de secteur.

Il faut donc **repeupler le secteur**, l'accueil de proximité notamment par le **recrutement massif de psychologues cliniciens dans les équipes.**

Pour pouvoir élaborer un dispositif cousu mains pour la population du secteur, les chefs de secteurs doivent pouvoir **retrouver l'indépendance statutaire** précédant la loi HPST. Seule l'équipe de terrain peut dans un premier temps adapter l'utilisation des moyens actuels aux besoins puis les développer avec l'aide d'une ARS réformée en appui et non plus en formatage comptable responsable de la catastrophe.

L'université doit soutenir ce mouvement en organisant la formation dans la diversité, en limitant les postes et stages dans les CHU pour permettre aux internes la découverte des secteurs. **Cette formation ne doit pas censurer la dimension psychosociale et les sciences humaines au profit des seules sciences du cerveau.** Aucun poste d'agrégé ne devrait être attribué sans ces garanties.

Un **rapport de secteur** rédigé par le chef de secteur et l'équipe viendra annuellement décrire l'activité de l'équipe il mettra aussi en exergue autant que possible les causes de la catastrophe actuelle.

Les équipes doivent pouvoir s'associer dans le cadre de **fédérations de secteurs** (et inter secteurs) 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 et notamment à l'accueil de proximité.

La Cour des comptes propose d'introduire de la discontinuité et de suspendre le travail d'alliance avec l'équipe de secteur au nom d'une période d'observation de 72h qui serait confiée au privé.

Il s'agit d'une autre mauvaise idée au même titre que les filières par groupes homogènes, ou le filtrage discriminant de l'accès aux CMP. Ce sont des politiques stigmatisantes.

Pour réduire l'accès et donc la demande des CMP il faut **rétablir les inter-secteurs, cesser la destruction des CMPP, les appels d'offre destructeurs dans le médico-social et le social** et notamment l'ASE, mettre en œuvre **une politique limitant la souffrance sociale notamment au travail** (les demandes ont monté en flèche depuis la loi travail) et de **lutte contre la précarité**.

Rencontrer essentiellement des gestionnaires et des comptables (ARS, Directions, Dim, Athi) facilite l'émergence de raisonnements inadaptés à la réalité du terrain ; même Olivier Véran dans son commentaire (p176) engage la Cour à prendre ses distances avec le codage diagnostic RIM-P ; sa référence à l'algorithme de la CNAM pose toutefois tout autant problème, autant dans la réduction du soin au médicament que l'idée que le traitement apporterait une vérité diagnostique.

Nous regrettons que la cour relève les écarts d'activité, de structures sans pour autant en analyser les causes et les responsabilités.

L'USP demande la rédaction une loi-cadre pour la psychiatrie élaborée en associant professionnels du soin psychique, usagers, familles et législateurs pour pouvoir traiter la question dans sa globalité.