

## **1/ Comment envisagez-vous la gradation des soins en psychiatrie en termes d'offre hospitalière et ambulatoire ?**

La psychiatrie doit garder comme priorité de 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, permet d'accueillir la semi-urgence, limite le recours à l'urgence, prévient la violence institutionnelle, notamment en limitant la contrainte tout au long du parcours. Pour cela **il faut renforcer les effectifs** (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants sociaux) des CMP qui restent la structure de première ligne, et les centres d'accueil et de crise (à développer) pour permettre plus d'ambulatoire, qui est « dans les gênes » de la psychiatrie de secteur. Une même équipe doit permettre une continuité entre le travail thérapeutique qui a lieu en hospitalisation complète ou de jour et en ambulatoire. L'échange pluri-professionnel et la proposition d'un cou-su-main adapté à la singularité des patients sans discrimination trouve sa place « naturelle » dans le travail de l'équipe de secteur.

La gradation des soins va à l'encontre de cet accueil inconditionnel et accentue la discrimination et la stigmatisation. L'organisation en filières également, qui en plus saucissonnent les prises en charge.

L'orientation des pathologies dites légères vers les psychologues libéraux, même avec un remboursement partiel de quelques séances par la CPAM, laisse un reste à charge important, exclut les plus précaires, et ne permet pas un travail pluri professionnel très souvent nécessaire à la prise en charge psychique globale.

## **2/ Quelles sont les conditions que vous jugez nécessaires pour assurer un parcours de soin garantissant continuité et proximité et les articulations ou coordinations indispensables entre les acteurs du soin et autres intervenants (éventuels nouveaux métiers) avec notamment la médecine générale, le secteur social et médico-social ?**

Renforcer l'accueil dans les CMP, toutes les formes de travail soignant entre les unités de soins, avec les acteurs locaux au travers des PTSM

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.

L'orientation vers des professionnels du privé ne permet pas le plus souvent cette continuité.

Les chefs de secteurs doivent pouvoir retrouver l'indépendance statutaire précédant la loi HPST. Ils doivent avec les équipes rédiger un rapport de secteur annuel et l'analyser. 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.

Il est essentiel que les internes continuent d'être formés dans les secteurs de psychiatrie. 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. Ceci permet la continuité des soins, plutôt que du clivage entre secteur universitaire, psychiatrie de secteur et psychiatrie privée. Aucun poste d'agrégé ne devrait être attribué sans ces garanties.

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.

### **3/ Quelles en sont les conséquences en matière de financement et d'autorisations des activités en psychiatrie ?**

Financer la psychiatrie à l'acte avec baisse des tarifs si la prise en charge ambulatoire est moins bien rentable après trois mois revient à ne prendre en charge que les personnes en crise, lors d'accès psychiatriques aigus, alors que les CMP prennent en charge de nombreux patients souffrant de pathologies chroniques pour lesquels l'étayage par des consultations psychiatriques et des entretiens infirmiers réguliers est primordial. Ce sont des temps d'écoute, qui permettent une continuité indispensable à l'abord de la psychose et de nombreuses pathologies névrotiques nécessitant une prise en charge longue.

Les obligations de l'équipe de secteur à l'égard d'une population nécessitent 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 ainsi que son échec pour la médecine dite libérale notamment pour la couverture des déserts médicaux. Seul ce financement pérenne permet de préserver les temps de réunion, indispensables à la réflexion clinique, et les temps informels.

Le mode de financement doit rester exclusivement géo populationnel avec rattrapage des établissements sous-dotés.

Par ailleurs la baisse des tarifs au fur et à mesure que l'hospitalisation se prolonge va inévitablement conduire à une limitation des hospitalisations et à l'exclusion de patients (psychoses chroniques actives) pour qui les projets vers le médicosocial ne sont pas possibles et qui nécessitent du personnel soignant au quotidien.

Le principe du financement à l'innovation doit être exclu car il favorise la mise en concurrence des services et, comme le dit Monsieur Véran, facilite la superposition des dispositifs, sans tenir compte de l'existant.

Le financement du sécuritaire doit être abandonné au profit d'un investissement massif dans les formations des professionnels.