

RECONSTRUIRE ENSEMBLE UNE PSYCHIATRIE HUMAINE ET VIVANTE



Depuis maintenant plusieurs décennies, les gouvernements se succèdent et les politiques libérales de destruction du service public de santé s'accumulent.

Le secteur psychiatrique est en première ligne et ne cesse de dénombrier les fermetures d'établissements, de lits, de centres médico-psychologique, sans oublier les suppressions de postes et les glissements de tâches.

Nous ne cessons d'alerter sur la gravité de cette situation.

La psychiatrie est un secteur spécifique dont l'essentiel du travail est basé sur la relation humaine, la recherche de l'adhésion aux soins, le dialogue, l'observation, le partage des informations cliniques et leur analyse.

Autant de fonctions et de rôles qui ne sont pas reconnus par le système de comptabilisation des soins.

Dans un monde binaire, tout serait si simple : un symptôme = un traitement, une courte hospitalisation = une facturation. Mais ça ne marche pas ainsi dans le secteur de la psychiatrie, impossible de faire rentrer le conscient et l'inconscient dans ces boîtes.

Pour La Commission Nationale Psychiatrie CGT, la dimension sociale de la place de la psychiatrie dans notre société justifie à elle seule l'instauration d'un débat démocratique au niveau local et national afin de définir par la loi les orientations du secteur psychiatrique.

Continuons, comme le 26 septembre dernier lors de la journée nationale de mobilisation, à dire :

- **NON à la baisse et à la fongibilité de nos budgets !**
- **NON à des conditions de travail mettant en danger patients et soignants !**
- **NON à la baisse de 25 % de notre pouvoir d'achat en 20 ans !**

PEUT-ON DÉFENDRE UNE PSYCHIATRIE HUMAINE DANS UNE SOCIÉTÉ QUI NE L'EST PAS ?

« **O**n juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses fous », citation de Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste, qui dit, à sa manière, que chaque société a la psychiatrie qu'elle mérite.

❖ **ÊTRE RENTABLE ET COMPÉTITIF, VOILÀ LE MOT D'ORDRE DU JOUR**

La place de l'humain dans notre société est pour le moins problématique. Le fétichisme de la marchandise, dont Marx a révélé le secret, fait oublier le rôle du travail humain et le capitalisme dans son essence nie la dimension humaine des rapports sociaux. La libération de la puissance de l'homme n'est plus à elle-même sa propre fin, dès lors que la valeur de chacun se mesure d'abord à son efficacité productive et à ses capacités de valoriser le capital.

❖ **L'HÔPITAL PEUT-IL ENCORE ÊTRE HOSPITALIER AU SENS LITTÉRAL DU TERME ?**

Au-delà de la psychiatrie, l'ensemble du système de soins est soumis à l'emprise de la loi du marché et de la rentabilité. Dans une société qui ne fait plus de l'hospitalité une de ses valeurs fondatrices, les fous, les étrangers ou les réfugiés cristallisent les haines les plus abjectes

Par retournement tautologique, le fou étant assimilé au sujet dangereux, c'est alors tout sujet dangereux qui sera potentiellement fou.

Il n'est donc pas surprenant de voir récemment quelqu'un comme le ministre de l'intérieur Gérard Collomb chercher à instrumentaliser la psychiatrie pour lutter contre la radicalisation. La compréhension complexe du problème de la radicalisation est ainsi évitée. Pour que l'inhumanité du terroriste soit de la folie, il faut avoir préalablement déshumanisé la folie.

Le symptôme de cette déshumanisation de la société en psychiatrie est le recours accru à des pratiques d'enfermement et de contention qu'on aurait pu penser révolues.

Les politiques ont été les premiers à encourager l'utilisation de la contrainte et de l'enfermement dans la prise en charge des malades, confortant aux yeux de l'opinion, cette image de dangerosité du malade mental. Le gouvernement actuel est dans la continuité de cette ignominie.

Depuis quelques temps la dénonciation des pratiques de contention et d'isolement en psychiatrie

trouve un certain écho. On ne peut, sur le principe, que se féliciter de ces prises de positions contre des pratiques violentes ou humiliantes en psychiatrie.

La CGT voit dans cette réalité une conséquence des réductions des moyens humains, les effectifs de soignants étant les plus touchés par les politiques d'austérité.

Mais c'est aussi une conséquence du manque de formation des professionnels, toutes professions confondues. Si les jeunes diplômés infirmiers sont en premier lieu concernés du fait de la disparition d'une formation spécifique, la formation des nouveaux médecins les prépare mal aux pratiques institutionnelles. S'y ajoute la disparition des temps de synthèse clinique, d'analyse des pratiques et de supervision.

❖ **LES RÈGLES DE BONNE CONDUITE NE SUFFISENT PAS**

Le rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur « la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » présenté par Denys Robiliard, et la Contrôleur Générale des Lieux de Privation de Liberté (le CGLPL) s'indigne de la situation des malades mentaux.

N'y a-t-il pas à craindre que la réponse soit uniquement la mise en place de guides de bonnes pratiques, de protocoles standardisés ou de généralisations des méthodes de gestion de crises à la mode ? Si le droit des patients, leur liberté de circuler et leur dignité étaient respectés, les patients seraient-ils bien soignés pour autant ?

Le respect du patient c'est d'abord de le soigner. Les pratiques alternatives à la contention sont avant tout des pratiques de soins qui supposent des soignants bien formés et en nombre suffisant.

Les soignants soumis aux violences inhérentes aux manques de moyens et aux conditions de travail dégradées et sans espaces de réflexion sont doublement pénalisés par le discrédit porté sur leurs pratiques, pour ne pas dire sur leur propre image professionnelle. Il est toujours plus facile, par démagogie, de culpabiliser les professionnels plutôt

que de s'en prendre aux véritables responsables toujours prêts à jouer les « belles âmes ».

La seule dénonciation des pratiques maltraitantes peut même servir d'argument contre la psychiatrie publique. Parions que le secteur marchand saura s'en saisir !

A côté de cette violence institutionnelle, la santé mentale dans sa conception libérale paraît presque bienveillante en voulant redonner aux malades mentaux (requalifiés d'handicapés) leur place productive dans la société.

Face à la déshumanisation des rapports sociaux, à la déshumanisation du travail, les forces de résistance ne manquent pas. Elles ont sans doute à voir avec ce que Bonnafé appelait : « les potentiels thérapeutiques contenus dans le peuple ».

A défaut, le combat pour une psychiatrie humaniste risque d'être un vœu pieu.

❖ PSYCHIATRIE, UN HUMANISME EN PÉRIL

La psychiatrie publique fait l'objet depuis plusieurs années d'une défiance de plus en plus grande des pouvoirs publics autour de la mise en œuvre de la privation de liberté et des hospitalisations sous contraintes : Intervention du juge, visite du contrôleur des lieux de privation de liberté tendent à donner à l'hôpital l'image d'un lieu d'incarcération.

Des associations militantes, parfois sectaires, opposent l'intérêt des patients à celui des équipes et voudraient montrer les soignants comme des personnes abusant des moyens de contentions chimiques et physiques pour affirmer leur pouvoir sur les malades.

Des idéologies médicales anti-psychiatriques s'appuyant sur le développement du rôle des usagers dans le service public contestent la compétence, la légitimité des soignants, leur capacité à entrer en relation avec les malades et inventent la pathologie diplômante sous la forme de « pairs aidants », anciens malades professionnalisés et rémunérés supposés faire les intermédiaires entre soignants et soignés.

En parallèle, une réduction drastique des moyens accordés par l'État contraint les établissements à la fermeture de services intra et extra hospitaliers. Cela a pour conséquence des listes d'attente de plusieurs mois dans les Centre Médico Psychologique (CMP), des conditions de prises en charge dégradées par l'augmentation de la charge de travail dans les

unités restantes avec la mise en place de solutions d'accueil de fortune comme l'utilisation de lits pliants dans des bureaux médicaux ou des salles d'activités. La surpopulation et l'insuffisance des effectifs font monter la violence et l'insécurité tant pour le personnel que pour les malades. Le nombre d'isolements et de contentions augmentent avec le nombre d'hospitalisations sous contrainte. Le phénomène est amplifié par la baisse des effectifs soignants et la baisse du niveau de qualification du personnel par l'usage généralisé des glissements de tâches et les insuffisances des formations de base.

Mais les donneurs d'ordre de cette politique d'asphyxie économique ont-ils oublié que l'hôpital accueille en hospitalisation libre ou sous contrainte des personnes qui ne trouvent pas leur place dans leur famille, leur quartier, leur ville ? Des personnes dont le comportement différent n'est pas toléré par notre société, des personnes plus souvent victimes que coupable de violences, des personnes que les structures médico-sociales reconnaissent ne pas savoir prendre en charge, rejetées à la rue, pour souvent échouer en prison, nouvel asile offert par notre société aux indigents.

40 000 lits de psychiatrie ont été supprimés depuis 1990 et 22 000 places de prison ont été créés et « accueillent » 40 000 détenus supplémentaires.

❖ « ON JUGE DU DEGRÉ DE CIVILISATION D'UNE SOCIÉTÉ À LA MANIÈRE DONT ELLE TRAITE SES FOUS »

La notre a-t-elle renoncé à les soigner, en les renvoyant ainsi vers les prises en charge à bas coûts du handicap et de la délinquance ?

Elle prône l'humanité et le respect des droits et met en œuvre la misère et les mauvais traitements, la rue et la prison pour les pauvres et les cliniques privées pour les autres.

Le démantèlement du soin et de nos secteurs de psychiatrie ne se fera pas avec notre complicité silencieuse.

Les soignants atténuent du mieux possible, avec humanité, les conséquences maltraitantes des restrictions économiques. Ils ne seront pas les boucs émissaires d'une société qui quel que soit son discours, a pour valeur première l'argent et qui n'hésite pas à sacrifier la solidarité entre tous pour l'hypothétique réussite individuelle de quelques-uns.

ACCUEIL ET HOSPITALITÉ RIMENT-ILS ENCORE AVEC HÔPITAL ?

L'hôpital et a fortiori l'hôpital psychiatrique, ont été initialement conçus pour accueillir les patients. L'étymologie-même du mot « hôpital » renvoie à l'hospitalier, l'hospitalité, tout comme l'asile, ancêtre de l'hôpital psychiatrique, renvoie aux droits de sûreté et de protection.

A l'époque de l'asile, tous les patients étaient accueillis, toutes pathologies confondues (démence, autisme, psychose, névrose grave, hystérie,...), au point même d'y inclure longtemps toutes sortes de vagabonds, sans emploi ou sans domicile, mais pas nécessairement malades.

L'accueil est donc inscrit dans le patrimoine génétique historique de l'hôpital, afin qu'il offre l'hospitalité et le traitement de la maladie mentale.

Aujourd'hui, au motif d'une austérité illégitime, les patients les plus atteints sont renvoyés au secteur médico-social qui est mis à mal.

L'accès à l'hôpital est de plus en plus difficile. Le nombre de lits d'accueil et d'urgence se réduit, se déportant sur les services d'urgence somatique. Pour y remédier, il faut parfois transformer fictivement une demande volontaire en hospitalisation sous contrainte, ce qui oblige l'hôpital à dégager un lit coûte que coûte.

Pour assurer un taux d'occupation maximal, à des fins de rentabilité économique, les patients sont souvent amenés à être changés de lit, ou d'unité de soins, rompant ainsi le fil relationnel si difficile à mettre en place.

Pour pallier à la maltraitance réelle, on prescrit la bienveillance à force de protocoles formalisés, divers et variés, qui contraignent encore plus l'activité et l'écoute soignante, voire les judiciarisent, les soignants se retrouvant placés sous la menace de poursuites pénales.

Certains instituts de formation prônent d'ailleurs la distance professionnelle envers le patient, sur le modèle d'une médecine objectivante, technologique et déshumanisante. Alors que le psychotique nécessite au contraire que le soignant aille à sa

rencontre, certes avec prudence, mais surtout avec engagement, comme le prouve Jean-Paul Lanquetin, infirmier de secteur psychiatrique, praticien chercheur au Centre hospitalier du Vinatier, lorsqu'il évoque « l'informel en psychiatrie ».

La pratique psychiatrique nécessite également un climat de confiance dans l'équipe pluridisciplinaire, pour que chacun puisse y déposer ses difficultés qui signent souvent un trait du fonctionnement pathologique du patient. Les professionnels doivent pouvoir échanger leurs impressions pour recoller les différents morceaux que les malades leur livrent, et ajuster ainsi leur pratique propre. Mais, pour ce faire, encore faut-il un minimum de sécurité dans son emploi, tout autant que de continuité dans son travail. Une relation thérapeutique n'est pas directement transposable d'un soignant à l'autre pour un patient ; elle est le fruit d'une rencontre dans la durée, d'une continuité de soins délivrés par un humain, le soignant.

Tous ces points méritent l'attention de nos gouvernants et légiférants. Nul n'est à l'abri d'une décompensation et d'une hospitalisation en psychiatrie, qui transforme de plus en plus les services en des unités pour anxio-dépressifs. ■

C'est pourquoi nous demandons :

➔ un plan d'urgence spécifique pour la psychiatrie. Certes, elle doit évoluer, mais pas involuer.

➔ les moyens qui lui sont nécessaires, tant en termes de formation initiale que d'effectifs suffisants.



LA PSYCHIATRIE ET LA RURALITÉ

Quelques mois après les élections présidentielles, la loi Santé poursuit la destruction de l'offre de soins publics de proximité. Cette loi est d'autant plus nocive pour la spécificité psychiatrique, particulièrement pour la sectorisation : l'hôpital psychiatrique couvre un territoire de santé, souvent étendu, délimité en secteurs. Il permet une prise en charge de la population par un travail « avec et entre » : l'extra hospitalier, l'intra hospitalier et les acteurs extérieurs à l'hôpital.

En intégrant la psychiatrie dans les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), cette spécificité est mise au second rang. La restructuration des activités va engendrer la disparition des secteurs par transfert de services d'admission sur d'autres territoires, fermetures de CMP (centres médico-psychologiques) et d'Hôpitaux de Jour.

La ruralité est fortement touchée par ces attaques, les usagers et leurs familles se trouvent contraints d'effectuer de plus en plus de trajets pour accéder aux soins.

L'organisation de déserts médicaux sert de prétexte à la fermeture des hôpitaux de proximité.

Pour les agents, les conditions de travail deviennent de plus en plus difficile avec une baisse du taux d'encadrement et parfois aussi la transformation de leur service de psychiatrie du sanitaire vers le médico-social. L'instruction ministérielle du 12 mai 2017, implique une mobilité forcée par un simple ordre de mission ou par détachement. Tout agent quel que soit son emploi pourra être amené à travailler dans un autre établissement du GHT. ■

LA FORMATION PLURI-PROFESSIONNELLE EN PSYCHIATRIE

→ Les infirmiers-ères

Avec l'humanisation des hôpitaux et la création du Secteur Psychiatrique, les anciens gardiens de l'asile étaient devenus des soignants.

Entre la première formation des Infirmiers en Psychiatrie de 1907 et le Programme de Formation de 2009, cette profession a connu des modifications.

C'est l'Arrêté du 23 Mars 1992, en réunissant deux programmes de soins (général et psychiatrique), qui va être à l'origine de la fin de l'infirmier de secteur psychiatrique, annulant cette spécificité professionnelle et qui place les jeunes infirmiers diplômés en difficulté face à la maladie mentale.

Les jeunes professionnels souffrent de ce changement car les pathologies psychiatriques sont complexes et demandent que l'infirmier accorde une temporalité au soin et une réponse soignante pensée et non immédiate.

→ IL EST TEMPS DE REPENSER LA FORMATION DES INFIRMIERS QUI SOUHAITENT TRAVAILLER EN PSYCHIATRIE

en lui redonnant une vraie place dans la Santé, avec un programme adapté aux réalités du terrain et un apprentissage théorique et pratique à la hauteur des besoins.

Les formations type comme la consolidation des savoirs pour nos jeunes collègues restent très insuffisantes pour approcher la souffrance psychique.

Comment devenir infirmier.e en 10 leçons ?

Le Programme des Etudes Infirmières de 2009, référentiel de formation structuré en 10 compétences, place l'apprentissage des pathologies mentales autour de 280 heures d'enseignement théorique (contre 1 200 heures auparavant) et un stage en milieu psychiatrique de 5 à 10 semaines pour 3 années d'études.

La formation se trouve dans un changement de paradigme : passage d'une logique pédagogique à une logique d'ingénierie de compétence.

• Les aide-soignant-e-s

Pour l'Aide-Soignant qui exerce en Psychiatrie, là aussi, l'enjeu est de proposer une formation qui soit adaptée aux réalités professionnelles. Arrivés dans les années 1980, ils ne doivent ni remplacer l'infirmier mais collaborer avec lui, et réaliser uniquement des tâches hôtelières ou d'hygiène.

➤ LE TRAVAIL EN PSYCHIATRIE EST UN TRAVAIL D'ÉQUIPE.

• Les Agents de Service Hospitalier (ASH)

L'ASH en Psychiatrie a aussi un rôle important auprès du malade cela suppose une place reconnue dans l'équipe, en ayant la possibilité d'assister aux réunions inter-équipes et aux synthèses cliniques.

Les Institutions font des choix économiques en remplaçant les ASH par la sous-traitance avec des sociétés de ménage qui emploient des personnes non formées, non soumises au secret professionnel et trop souvent dans l'exploitation et la précarité

• Les médecins

La Formation Médicale est aussi, aujourd'hui, très insuffisante, il n'y a pas de stage obligatoire en Psychiatrie au cours de l'Externat et une baisse significative du nombre d'Internes en service psychiatrique.

Le corps médical (hors Praticiens Hospitaliers) est essentiellement composé de médecins généralistes qui ont changé d'orientations professionnelles ou de médecins étrangers. Devenir psychiatre demande du temps et une formation qui réponde aux réalités professionnelles.

Les psychiatres, qui ont perdu leur formation spécifique, deviennent des somaticiens-neurologues-rééducateurs à qui la psychopathologie clinique n'est plus enseignée.

Ces médecins se trouvent en difficulté face à des signes cliniques complexes et des situations d'urgences, où la réponse ne peut pas être simplement médicamenteuse. Même la création de l'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP, en 2013) ne peut appréhender la pathologie mentale avec sa méthode d'enseignement centrée sur les médias vidéo, les smartphones, les sites internet ou l'e-learning.

Approcher la maladie mentale demande du temps et la complexité de ces pathologies doit passer par le travail d'équipe : une cohésion qui va assembler, accorder, donner du sens à ce travail spécifique. ■



➤ Secteur social et médico-social

Avenir professionnel : Témoignage d'un éducateur travaillant dans un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) aujourd'hui. Christophe CLAIREAU.

« Depuis plusieurs années, nous assistons dans le secteur social et médico-social à une « mutation » de la population accueillie dans les établissements qui vient pallier ce que le secteur de la psychiatrie ne peut plus gérer faute de moyens humains, structurels ou financiers.

Il y a 13 ans, alors éducateur dans une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), je me souviens de l'arrivée d'une adolescente en grande difficulté (qui avait fait le tour des institutions des Bouches du Rhône) avec un pilulier garni de psychotropes. A l'époque, cette situation avait inquiété tous les professionnels de la structure, pas forcément expérimentés à ce genre d'exercice ! Pour autant, l'ordonnance de placement ne laissait aucun choix. On ne parlait déjà plus de qualité de l'accompagnement de la

personne mais d'une « place », d'un « lit », sans se soucier de la difficulté dans laquelle les professionnels et l'adolescente se trouvaient !

Travaillant depuis 2007 en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique, j'ai pu assister à une dérive « psychiatisante » dans les problématiques des jeunes accueilli.e.s. Aujourd'hui, de plus en plus d'adolescent.e.s arrivent avec un traitement nécessitant un suivi particulier (psychostimulants, neuroleptiques...) que seul le milieu hospitalier pouvait autrefois assurer. La pression sur les professionnels est devenue plus importante car leurs missions ne sont plus que celles de la rééducation, de l'insertion sociale : s'y est ajouté la dimension du soin mais avec des moyens humains, institutionnels insuffisants.

Rappelons aussi que le mélange des problématiques au sein d'un même groupe de jeunes en difficulté complexifie le travail des personnels accompagnants (dans l'éducation spécialisée en particulier) qui n'ont pas forcément de formation, ni d'appétence particulière - et encore moins de moyens spécifiques ! - pour la prise en charge de ce public.

Pour autant, les employeurs demandent un accompagnement de qualité, obligeant les professionnels à faire preuve d'une adaptation précaire en sortant de leur cadre d'intervention initial.

De plus, il ne faut pas sous-estimer l'impact psychologique sur l'ensemble du groupe qui se retrouve fortement perturbé dans ses interactions par les différences de problématiques... » ■

LE FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE : CONSTAT ET PROPOSITIONS

Depuis des années, les conflits se succèdent dans les hôpitaux, les personnels hospitaliers toutes catégories confondues poursuivent la résistance contre une politique qui met le feu aux établissements.

Cette résistance est un signe qui offre des perspectives et dont l'objectif est de combler le fossé qui s'est creusé entre les besoins de la population et les moyens dont nous disposons pour y faire face.

La pression budgétaire infligée aux hôpitaux touche en pleine face les services psychiatriques : fusions de secteurs, intégration de la psy dans les GHT, suppressions de lits, suppressions d'unités, fermetures de foyers, de CMP, d'hôpitaux de jour, nouvelles organisations de travail... Pas un établissement psychiatrique n'y échappe.

Faire le lien entre nos actions est essentiel. Cela donne du sens et valorise tous ce qui se fait, toutes les luttes menées dans les établissements, les départements, les régions.

Faire reconnaître le secteur psychiatrique au sein de toutes ces luttes, c'est aussi revendiquer une identité budgétaire pour la psychiatrie. En effet, à travers les GHT, la crainte est de voir les financements « psy » déviés de leurs objectifs initiaux. Dans beaucoup trop d'établissements nous avons connaissance que les budgets « psy » sont des budgets d'appoint que l'on peut ponctionner pour faire fonctionner le reste.

La mise en concurrence des hôpitaux, la concurrence public-privé ne peuvent répondre à une prise en charge digne de ce nom. La psychiatrie a besoin de projets étayés par les équipes médicales et soignantes. Les équipes ont besoin de temps pour construire les projets, organiser les réseaux pour répondre aux besoins sanitaires et sociaux.

Aujourd'hui, les considérations comptables occultent complètement les éléments et les revendications que nous défendons. Il faut faire du chiffre, les projets soignants deviennent secondaires.

La CGT milite sur la nécessité de redéfinir la place que doit avoir le secteur psychiatrique dans notre société pour répondre aux besoins toujours plus importants.

La CGT milite pour aboutir enfin à une loi d'orientation pour la psychiatrie et donc sur la détermination des moyens et des financements.

La CGT défend une psychiatrie qui ne soit pas asservie à l'État et à sa logique comptable et sécuritaire, une psychiatrie prenant en compte les besoins de la population et s'appuyant sur plus d'un

siècle d'évolution, qui, petit à petit, a offert des droits, et une reconnaissance à part entière aux patients.

Oui, encore une fois, la CGT condamne les propos du Ministère de l'intérieur qui associe terroristes et patients. Tout comme lors du drame de Grenoble en 2009, où le président du moment associait délinquance et psychiatrie lors de son discours.

❖ LE FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE DOIT ÊTRE PENSÉ À PARTIR DE QUELQUES PRINCIPES ESSENTIELS

Défendre les moyens de la psychiatrie c'est d'abord défendre la Sécurité Sociale.

Il ne peut y avoir une réflexion sur le financement de la psychiatrie sans poser au préalable la question du financement de la protection sociale dans son ensemble, du point de vue de la santé comme du médico-social.

Il faut « sanctuariser » les budgets de la psychiatrie. Si l'on dit que notre manière de traiter les « fous » est un indice de notre degré de civilisation (Bonnafé) on ne peut indexer les moyens que la société consacre à la psychiatrie aux variations conjoncturelles économiques. Or, c'est ce qui se passe le plus souvent, la psychiatrie est la variable d'ajustement budgétaire privilégiée. C'est particulièrement vrai sur les hôpitaux généraux où le budget global de la psychiatrie sert à équilibrer les comptes appauvris par la T2A. Les GHT sont en passe de généraliser ce détournement.

La revendication de la CGT d'un établissement public de secteur donnerait une base juridique et locale pour assurer cette gestion.

❖ LE FINANCEMENT DOIT REPOSER SUR DES PRINCIPES DÉMOCRATIQUES ET NON SUR DES PRINCIPES TECHNOCRATIQUES

En prenant le contrepied des modèles actuels de financement qui se basent sur des solutions purement techniques et technocratiques.

La T2A ne repose pas seulement sur une vision libérale du financement centré sur l'activité, c'est aussi un mode de gestion mécanique de régulation des dotations. A l'inverse, il faut défendre une politique de financement où à chaque étape, à chaque niveau, les décisions budgétaires fassent l'objet de débats.

Ainsi, que ce soit au niveau de l'ONDAM, des ARS ou des établissements de secteur, les budgets doivent pouvoir être débattus par les élus, les représentants du personnel, les usagers.

→ L'ÉVALUATION DES BESOINS

Aujourd'hui on évalue que des résultats, même sur des actions qui ne répondent pas forcément à des besoins réels de la population. Un financement ainsi centré sur des actes quantitatifs et non qualitatifs est non seulement pénalisant mais aussi inefficace.

L'évaluation des besoins en psychiatrie justifie de donner une priorité à l'échelon local : celui du secteur. Les besoins ne sont pas exactement les mêmes d'un secteur à un autre pour des raisons sociologiques et démographiques, de plus les besoins évoluent dans le temps.

Le conseil de secteur tel que le proposait le rapport DEMAY pourrait, en lien avec l'établissement public de secteur, être la première instance de l'évaluation de ces besoins au plus proche de la population. Le secteur étant un territoire d'intervention mais aussi d'évaluation des besoins.

Il faut donc en finir avec les politiques de financement par « créneaux » selon des priorités nationales qui sont décalées par rapport aux besoins locaux et qui saupoudrent des enveloppes totalement inadaptées aux besoins réels.

→ LA PRÉVENTION, MISSION INCONTOURNABLE DE LA PSYCHIATRIE

C'est particulièrement vrai en pédopsychiatrie. Par exemple, un plan de dépistage des troubles autistiques précoces est inefficace et coûteux s'il n'est pas intégré dans les missions généralistes du secteur qui supposent de dépister mais surtout de prendre en charge tous les troubles précoces des enfants.

→ LA PLACE DU MÉDICO-SOCIAL ET DU MÉDICO-ÉDUCATIF

Il faut rappeler en premier point leur destin commun avec le sanitaire dans le cadre de la protection sociale. Là encore, il faut aller à l'inverse de la politique actuelle qui consiste à des transferts de budgets d'un secteur à l'autre. Il faut repositionner le sanitaire, le médico-social et le social comme complémentaires et non pas comme des réponses alternatives qui s'opposent les unes aux autres.

La loi d'orientation pour la psychiatrie, que nous appelons de nos vœux, devrait donc promouvoir la démocratie sanitaire et l'accès aux soins plutôt que de proposer seulement des solutions technocratiques au financement.

Si certaines activités doivent spécifiquement être prises en compte, il faut aussi garder un budget global. Le problème n'est donc pas de trancher entre financement à l'activité et budget global mais de donner un cadre de discussion pour l'ajustement de celui-ci sur la base des besoins de la population à l'échelle du secteur.

Ceci impose de sortir des politiques d'austérité qui excluent par définition tout autre objectif que celui des réductions budgétaires et donc renvoie toute discussion sur les objectifs de santé publique à une simple perte de temps. ■



**Agissons
pour un grand service
public de psychiatrie!**

