

La Psychiatrie, comme toutes les disciplines, va être profondément touchée par la réforme de l'hôpital, prévue par le Gouvernement. Mais la particularité de la psychiatrie liée à son champ d'action spécifique et à l'originalité de son organisation fait qu'elle va être certainement la discipline qui va le plus souffrir du plan hôpital 2007.

La psychiatrie... au risque des réformes !



La psychiatrie au risque du plan « hôpital 2007 »

Ce plan tourne autour de 3 axes :

1- la T2A :

La tarification à l'activité (T2A) se mettra en place d'ici 2006, après rénovation et expérimentation du PMSI psy en cours, par l'élaboration du coût par structures (publiques et privées).

Le PMSI-Psy conduirait donc à une tarification par Groupe Homogène de Séjour spécifique en psychiatrie. Le coût par séjour suivant les structures sera déterminé au niveau national tant pour le public que pour le privé pour une même structure qu'elle soit située à Paris ou en Lozère.

Comme pour la T2A en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), le risque de la course à la baisse de la DMS (Durée Moyenne de Séjour) va s'accroître : les patients sortiront encore et toujours plus vite ... pour être à nouveau hospitalisés quelques jours ou quelques semaines plus tard. Mais, d'un point de vue gestionnaire, c'est de l'activité !

2 - la nouvelle gouvernance :

La gestion des établissements par renforcement de l'équipe de direction et la création d'un conseil exécutif administratifs-médecins va engager les professionnels du soin dans une priorité de gestion au détriment des réponses nécessaires aux besoins réels de la population.

La création de pôles d'activités va regrouper les services.

Cela va se traduire par une mobilité des personnels sur le pôle d'activité, d'autant que le secteur va disparaître derrière la notion de Territoire de santé.

Il y a risque de pensée unique, et de dérive dans le recrutement des personnels en fonction des orientations théoriques des médecins chefs de pôles. Ainsi il pourrait y avoir « tri » au niveau du recrutement des personnels en fonction des « écoles de pensées » (psychanalytiques, comportementalistes, systémiques...).

3 - la mise en œuvre législative

Elle se fait à travers l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui prévoit :

- un renforcement du pouvoir des ARH,

- la suppression de la carte sanitaire et un schéma régional d'organisation sanitaire unique (suppression du SROS psychiatrie).

- la notion de territoires de santé qui sont de fait la suppression du secteur psychiatrique : c'est certainement la Psychiatrie Publique qui va le plus avoir à souffrir de cette mise en place.

La taille d'un territoire de santé sera déterminée par l'ARH. Les tailles envisagées dans différents rapports tournent autour de 200 à 400 000 habitants, soit l'équivalent de 3 à 4 secteurs psy actuels. En clair, il y aura « fusion » de plusieurs secteurs et donc regroupement des équipes.

Concrètement, les personnels pourraient être amenés à travailler sur l'ensemble du territoire de santé en tant que de besoins au détriment de ce qui a fait l'originalité et l'efficacité de la pratique de secteur c'est-à-dire la connaissance de la population, des équipements sanitaires et sociaux, et des besoins d'un secteur à taille humaine.

Polyvalence et mobilité alliées aux économies de personnels seront les mamelles d'une bonne gestion !

- la création des GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) : établissement employeur regroupant les personnels et des structures du public et du privé. C'est le schéma utilisé pour la privatisation de France Télécom !

- la possibilité de constructions par les collectivités locales ou les promoteurs privés immobiliers, l'hôpital serait locataire des murs.



La psychiatrie au risque du plan Santé Mentale ?

Un plan santé mentale est (à nouveau !) en préparation..

Issu du rapport Cléry-Melin, il intègre l'ordonnance du 4 septembre 2003 et anticipe largement sur les orientations politiques prévues par le Gouvernement.

Ce rapport est à l'intersection des projets de restructurations de la santé (hôpital 2007 et réforme sécurité sociale), de la formation (année commune), du social (réforme de la loi de 1975 et création d'une branche handicap et dépendance) et même judiciaire (projet loi prévention délinquance)

Ce plan, dont ne seront probablement retenus par le Ministère que les aspects « allant dans le bon sens », met en avant quelques grands axes :

- une organisation basée sur les territoires de santé

"Cette organisation fédérative devrait permettre une meilleure gestion des ressources humaines médicales et non médicales permettant de préserver les implantations multisites, de différencier davantage les modalités de prise en charge thérapeutique, d'améliorer l'articulation et la coopération avec les services non sectorisés privés, associatifs, hospitalo-universitaires et les professionnels libéraux".

Cette fédération devrait s'inscrire dans un espace correspondant au territoire de santé, permettant au secteur d'affirmer son rôle dans l'animation et la desserte ambulatoires d'un bassin de population de taille adéquate et promouvoir la « bonne gestion » mutualisée des ressources hospitalières à plein temps, du temps médical pour les gardes et astreintes, à l'échelle, sans systématiser à l'excès, d'une « taille critique » minimale de 3 secteurs de psychiatrie générale et d'un intersecteur de psychiatrie infantile-juvénile, l'ensemble correspondant à 200.000 habitants, taille pouvant aller jusqu'à doubler dans les territoires à forte densité.

Dans le même axe de propositions, l'article 6 de l'ordonnance de simplification (du 4 septembre 2003) pourra, dans la perspective d'élargissement et de meilleure coordination de l'offre de soins dans le territoire de santé, ouvrir la possibilité aux professionnels de santé libéraux d'être associés par voie conventionnelle à la lutte contre les maladies mentales, aux établissements privés de participer à des actions de sectorisation psychiatrique moyennant conventions avec des fédérations de secteurs (un ou plusieurs EPS), sur un secteur géographique cette fois-ci plus large d'au moins 200.000 habitants.

Il reviendrait alors à l'ensemble de la ressource médicale (psychiatres publics, privés libéraux, omnipraticiens) de participer à l'organisation de la permanence territoriale des soins, à la mise en place de gardes communes, à l'instar de la chirurgie et de l'obstétrique, et de la permanence téléphonique territoriale en direction des usagers.

Comme l'a affirmé Jean-François Mattéi, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, dans son discours programme du 20 novembre 2002 [« Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation »] : « l'ouverture [de l'Hôpital] et des collaborations, sans distinction de statut, constituent une nécessité ».

De la mise en place de Territoires de Santé découle la création de la commission Territoriale de Psychiatrie et Santé Mentale, chargée de coordonner les acteurs locaux impliqués en psychiatrie et santé mentale comme l'Etat, le Conseil Général, la Préfecture, la DASS, l'Education Nationale, la justice, la police....

Un projet médical de Territoire devra mettre en place « obligatoirement des conventions tripartites ARH-EPS-Ets Privés » permettant une « promotion des coopérations public/privé en y intégrant les praticiens libéraux » et « élargir le périmètre de planification opérationnelle du système de soins psychiatrique et de le rapprocher des soins somatiques ».

Pour « adapter le fonctionnement des Ets privés aux exigences du service public » et « permettre le libre choix du patient », les Ets privés pourront prendre en charge des pathologies jusqu'ici dévolues au secteur public (hospitalisation sous contrainte, alternatives à l'hospitalisation temps plein, travail de secour...).

Cela présente aux yeux des rédacteurs l'avantage de ne pas augmenter le nombre de lits ... dans le public... On comprend mieux le rapprochement de tarification et la disparition du SROS psy dans ce contexte. Par contre, nul ne s'inquiète des dérives qui pourraient survenir en confiant l'hospitalisation sous contrainte au secteur privé !

- sur l'organisation des soins :

le rapport préconise de renforcer le dispositif d'urgence de première ligne (médecins généralistes et maisons médicales ouvertes de 20h à 24 h à mettre en place). « *L'objectif est de faire venir vers la médecine de ville « pivot du système de soins », les patients qui s'adressent habituellement aux urgences de l'hôpital pour des troubles psychologiques ou psychiatriques dont la véritable urgence est, sinon absente, du moins « différable »* ».

C'est donner au secteur libéral la main mise sur le système de soins psychiatrique, alors même que les généralistes n'ont pas la formation requise et que cela pose la question du financement de la consultation puisqu'on passe ainsi d'un système public gratuit à un système libéral payant.

Il propose la création d'Unités Intersectorielles d'Accueil (UIA) permettant une hospitalisation d'observation de 72 Heures. Les besoins sont estimés à 18 lits pour 3 à 4 secteurs (200 à 300 000 hts). Ce dispositif, distinct du dispositif psychiatrique des SAU (Services d'Accueil d'Urgences) doit être mis en place dans l'hôpital « référence » équipé d'un accueil 24h/24h.

Pour « garantir la continuité des soins et l'accompagnement social », le rapport invite à création de MAS ne dépassant pas 25 lits (vers la branche handicap et dépendance et donc un financement spécifique), au regroupement de professionnels de santé, notamment les GCS (Groupement Coopération Sanitaire prévue par l'Ordonnance du 4/09/2003), à l'articulation des Schémas départementaux sociaux et médico-sociaux avec les SROS, et à l'obligation d'un contrat pluriannuel local de développement de la psychiatrie passé entre préfet, ARH, Conseil Général, Education Nationale... (partenariat qui pourrait conduire à des dérives au regard du projet de loi sur la prévention de la délinquance).

Autant de points qu'on retrouve donc de manière transversale dans le projet de société du Gouvernement.

- sur la formation infirmière :

la proposition consiste à.... Approfondir les raisons du manque d'attractivité en psychiatrie. Si « depuis 1992, la profession bénéficie d'un enseignement de psychiatrie et d'un diplôme commun permettant aux infirmiers une mobilité et des choix d'exercice plus variés, qui ne s'orientent cependant pas assez vers la psychiatrie, sans doute moins attractive que les disciplines plus « techniques », ou encore victime de sa disqualification de par la directive européenne relative au diplôme d'infirmier psychiatrique », il n'est pas question de repenser la formation à la base mais de reconnaître les acquis de l'expérience aux professionnels de santé (Aides-soignants par exemple) désirant suivre une formation infirmière, d'augmenter les moyens d'encadrement des IFSI par des formateurs qualifiés en psychiatrie (d'où va-t-on les sortir dans quelques années ?... mystère !), de donner une place conséquente à la psychiatrie et à la santé mentale dans les programmes.

La psychiatrie au risque de la formation

Déjà largement en difficulté au niveau du recrutement des professionnels (médecins ou infirmiers), la Psychiatrie est confrontée aux départs en retraite massifs pour les 7 prochaines années. La moyenne d'âge des personnels en psy est plus élevée qu'en soins généraux.

La formation mise en place depuis 1992 est à réformer pour une meilleure compétence. En fait, il y a projet ministériel d'année commune à toutes les professions de santé après avoir connu la formation « polyvalente » du diplôme unique. Cela va encore plus diluer l'aspect formation aux techniques relationnelles au profit de techniques comportementales et /ou médicamenteuses, et aboutir à des formations par défaut d'infirmier(e)s pour les recalés des études de médecine !

De plus, la VAE, qui peut être un outil intéressant, pose la question des glissements de tâches et de compétences.

Pour Sud, il faut reposer la question de la formation initiale pour aller (retourner ?) vers une formation apportant une véritable technicité en psychiatrie et/ou santé mentale pour l'ensemble des soignants exerçant dans ce secteur.

La Psychiatrie au risque du contrôle social

Le projet de loi Sarkozy « prévention de la délinquance » :

Projet global qui consiste à faire de tous les acteurs sociaux, éducatifs et sanitaires des collaborateurs de la police en dénonçant à la justice tous ceux qui sont susceptibles de devenir des délinquants.

Pour le secteur psychiatrique, cela va se traduire par :

- la mise en place d'une période d'observation de 72 heures à la demande du maire, dont les pouvoirs sont renforcés. Ainsi, le maire doit être informé des sorties d'essai liées aux hospitalisations d'office, qui se déroulent sur sa commune ou quand le patient a sa résidence principale sur la commune.

De plus, le Maire sera chargé de piloter l'animation et la coordination de la prévention dans le cadre des dispositifs partenariaux (conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance -CLSPD). (Le CLSPD est composé de 3 collèges : un collègue d'élus désignés par le président, un collègue de représentants de l'Etat désignés par le préfet et un collègue composé de professionnels confrontés aux manifestations de la délinquance, responsables de services sociaux, représentants des associations, etc. Ils sont désignés par le président du CLSPD.

Dans un souci d'efficacité et d'élargissement du partenariat, le CLSPD fonctionne à deux niveaux, avec une instance plénière et un comité restreint jouant le rôle de comité de pilotage et de suivi du CLS.

Des groupes de travail opérationnels, thématiques ou territoriaux, des cellules de veille peuvent aussi être mis en place, permettant d'associer alors d'autres partenaires, selon les thèmes abordés. Le procureur de la République participe aux instances locales de prévention.)

- les établissements psychiatriques créeront des équipes mobiles aptes à apaiser les situations de tension, ou des comportements agressifs susceptibles de dégénérer ou d'entraîner des réactions violentes.

- le préfet aura la possibilité d'ordonner une contre-expertise médicale dès qu'il estime que des critères de sécurité publique sont en jeu.

On peut constater que la psychiatrie n'est considérée qu'en tant que « régulateur social » pour ne pas dire de contrôle social, comme d'ailleurs un certain nombre d'autres acteurs comme l'éducation nationale, le secteur de la prévention justice.

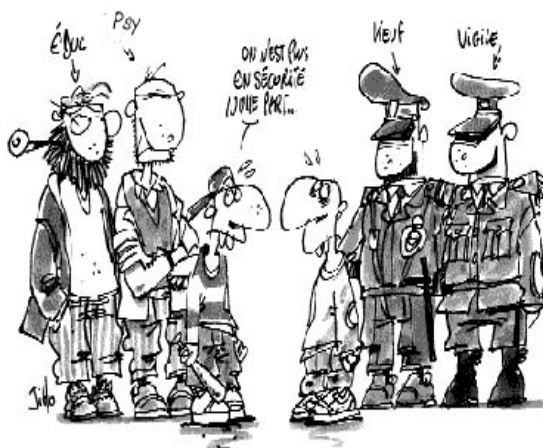
La philosophie globale pose un véritable problème dans la mesure où la question du partage d'information est clairement mentionnée, et qu'à l'issue de ces communications il pourra y avoir intervention de la police ou justice.

Ainsi, une réunion de synthèse d'une équipe de psychiatrie discutant d'une personne présentant un risque de violence en présence des partenaires « sociaux » (Assistante sociale de secteur, éducateur...) pourrait se « concrétiser » par une « dénonciation » d'une personne comme susceptible de porter atteinte à la sûreté, et déboucher vers une HO, voire des mesures judiciaires ?

Au niveau de la Psychiatrie, les orientations sont claires : renforcement du rôle du directeur, du Maire quant aux décisions, le psychiatre ne donnant plus en somme qu'un avis technique.

C'est donc le risque d'un basculement d'une pensée soignante vers une pensée uniquement administrative et sécuritaire.

La Psychiatrie va donc se trouver en première ligne des orientations gouvernementales. Il s'agit maintenant pour les professionnels du Secteur de s'inscrire dans les mobilisations tant contre le projet de loi de la prévention de la délinquance, que celles contre le plan Hôpital 2007.



Pour Sud, dans le même temps, il faut relancer la mobilisation sur des revendications spécifiques à la Psychiatrie :

sur la formation, sur le renforcement en moyens humains et matériels pour un travail d'écoute, d'accompagnement thérapeutique dans la durée tant en hospitalisation que sur le secteur, sur l'organisation même du secteur, sur la non-dissolution dans le modèle soins généraux...

Préparons maintenant la mobilisation dans l'unité de tous les personnels de la Psychiatrie publique de secteur avant qu'il ne soit trop tard !