



Union  
syndicale  
**Solidaires**

# Pas de quartier Pour le secteur !

**Pour que le secteur aboutisse enfin, il y a urgence à redonner des moyens humains à la psychiatrie !**

La Fédération SUD Santé Sociaux a été invitée le 5 juillet dernier, pour un rendez-vous d'information et d'échange sur le rôle et missions du comité de pilotage pour la psychiatrie officiellement mis en place le 13 janvier 2017...

Le décor est vite planté par le ministère, représenté ici par Céline Descamps chargée de mission "psychiatrie et santé mentale" (DGOS), le Dr Yvan HALIMI comme président du Comité de pilotage (mais aussi coordonnateur de la commission sur la psychiatrie et la santé mentale de la FHF, un pompier pyromane donc) : ils travailleront seul-es dans leur coin, pour ne distiller qu'ici où là et quand bon leur semblera, les avancées de leur travaux.

Travaux définis ironiquement par la Fédération SUD Santé Sociaux comme « ambitieux » sur une durée si courte (3 ans) et surtout pour les thèmes retenus qui ont tous déjà été abordés, de gouvernement en gouvernement, de rapport en rapport, sans que sur le terrain personne ne voit aucune amélioration, que cela soit du côté soignant-e, que du côté soigné-e.

Au contraire, partout, on constate un désastre, par la destruction d'un dispositif, le secteur, qui n'aura pas eu le temps de prouver tout son potentiel.

## Les psys ont mal à leur éthique !

Avant de répondre point par point aux 12 thématiques proposées par le ministère, la Fédération SUD Santé Sociaux a rappelé, en liminaire, le sinistre constat d'augmentation de la mortalité sur population générale depuis 2015, pour un total dépassant aujourd'hui les 150 000 morts.

Pour mémoire, la canicule de 2003 (n') avait fait (que) 15 000 morts (dix fois moins qu'aujourd'hui). Cela avait suffi à émouvoir les groupes parlementaires, qui lui avaient

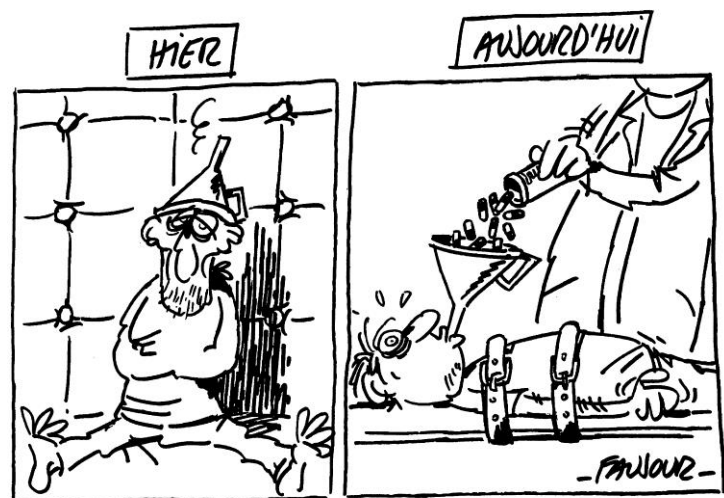
donné alors une suite législative, dont la fameuse journée de solidarité.

Aujourd'hui, personne ne moufte, alors que comme en 2003, la surmortalité concerne de nombreux-es malades mentaux-ales souvent isolé-es, en carence de suivi... Les interlocuteurs-trices des ministères (DGOS) ont eu l'air surpris-es, ont demandé nos sources (l'INSEE !).

Il leur a été souligné qu'au-delà de la perte de nos acquis sociaux, ce qui nous fait le plus de mal aujourd'hui, ce sont les conditions dans lesquelles nous sommes obligé-es de recevoir les patient-es. Peut-on encore parler de soin ?!

## Un premier décret paru en juillet 2017.

Prévu dans la loi de modernisation de notre système de santé, le Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale vise à concrétiser le projet du comité de pilotage psychiatrie sans pour autant proposer de moyens supplémentaires... Ses contours seront détaillés dans une circulaire prévue à la rentrée.



## 12 THEMATIQUES SUR 3 ANS

### Résumé des réponses SUD Santé Sociaux

#### **Limitation et encadrement du recours aux soins sans consentement et aux pratiques de contention et d'isolement.**

SUD : « Contraindre n'est pas soigner ». Il est possible d'accueillir en psychiatrie sans enfermer, sans attacher... sauf que cela nécessite du personnel en nombre suffisant et formé autrement que compétence par compétence. La suppression du diplôme d'infirmier-ière de secteur psychiatrique a été une véritable erreur. Elle a balayé tout espoir de donner un résultat à l'équation « Des femmes et des hommes plus que des murs ». L'augmentation des « évènements violents » est le symptôme d'institutions congestionnées par des mesures d'austérité imposées par le ministère via les ARS.

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ne vont rien arranger, ils sont une porte ouverte à la privatisation, l'ubérisation des soins favorisant le recours à la sous-traitance, bientôt la pire des maltraitances. La Fédération SUD Santé Sociaux revendique un seuil minimum de 150 soignant-es pour un secteur de 60 000 habitant-es (en dessous, on bricole, on ne soigne pas).

#### **La prise en charge ambulatoire en psychiatrie : objectifs, missions, activité, cahiers des charges, prospective.**

SUD : Si le secteur c'est aller soigner les femmes et les hommes là où ils vivent pourquoi alors le détruire ? Le ministère se veut rassurant sur son avenir sauf que d'une idée basée sur des fondements cliniques, les gouvernements libéraux successifs en ont fait un projet économique. Ils n'ont fait que fermer des lits et démanteler le dispositif extrahospitalier. Ils ont sorti les patient-es de l'hôpital sans se préoccuper réellement de qui allait les soigner dehors. Dans les grandes villes c'est flagrant, les patient-es sont là errant-es, dans les rues ou les couloirs des transports en commun, certain-es dans un état critique. Manque dans le cahier des charges : la formation de tous les personnels au fait de la psychopathologie, indispensable pour permettre aux patient-es d'accéder à ce qu'ils-elles nomment eux-mêmes : « une vraie vie » dans la cité.

#### **L'hospitalisation en psychiatrie : objectifs, missions, activité, cahiers des charges, prospective, focus sur les patients au long cours.**

SUD : Le secteur doit rester une seule et même équipe au service d'une seule et même population (difficile en GHT) et donc les services dits intra ne doivent pas être dissociés des structures dites extras. Cela garantit une cohérence des

soins en particulier pour des personnes dont la souffrance le nécessite (la constellation transférentielle comme remède à l'angoisse de morcellement).

Concernant les patient-es au long cours qu'il reste préférable de nommer au long processus pathologique, là encore, la recherche d'économie (le ministère nous dit qu'il n'y a pas d'argent...) impose de trouver des solutions moins chères. C'est dans cet esprit, et non pas au regard de leurs capacités éducatives, que sont préconisées des prises en charge via le médico-social.

Si nous sommes d'accord pour que les patient-es puissent bénéficier d'un « maillage », d'un panel de possibilités le plus large pour vivre leur vraie vie dans la cité, nous nous sommes toujours méfiés de la fameuse fongibilité des budgets. Aujourd'hui, les structures médico-sociales sont aussi exsangues que les hôpitaux et on voudrait leur imposer des suivis spécialisés nécessitant personnels et moyens qu'ils n'ont pas ? C'est inconscient ! Oui au travail ensemble autour des patient-es, non au benchmark entre structures n'ayant pas les mêmes vocations sauf à être naturellement complémentaires.



#### **Prévention, lisibilité, accessibilité et continuité des soins.**

SUD : Ce boulot-là, nous le faisons tant bien que mal mais la maladie mentale étant source de stigmatisation, nous agissons discrètement dans la majorité des cas. Pour l'améliorer, il nous faut des moyens plus que des procédures surtout quand elles sont normées HAS...

#### **Psychiatrie infanto-juvénile et protection de l'enfance.**

SUD : Rappel des 350 emplois menacés dans le secteur de la protection de l'enfance à Angers. Demande de dotation suffisante pour la psychiatrie infanto-juvénile, lui permettant, par le développement du travail en réseau, de continuer de résister à l'hospitalisation d'enfants et d'adolescent-es dans des services de psychiatrie adulte.

## Financement des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

SUD : Sujet central à l'heure des GHT et de la tarification à l'activité (T2A) même si le ministère tente de nous rassurer en rappelant que les Direction des Affaires Financières ne sont pas (encore)...centralisées (ou GHT-isées c'est comme on veut...). Pourtant, il reste évident que « si tu ne viens pas à la T2A, la T2A viendra à toi... ». C'est ce qui se passe en ce moment où les (petits ?) établissements psychiatriques qui n'y sont pas astreints rejoignent en ce moment même des établissements supports GHT soumis à la T2A. Nous avions d'ailleurs prédit que si la psychiatrie avait échappé à la T2A, c'était uniquement pour constituer une manne financière redistribuable à souhait et le moment venu, dans le pot commun ARS. Lorsque les comptes des gros établissements ont été mis en difficulté par la T2A, comme par hasard et peu de temps après, les dotations des établissements psychiatriques à budget global ont été diminuées de plusieurs millions d'euros. C'est un principe de vases communicants que nous continuons de dénoncer.

## Accès aux soins somatiques.

SUD : Là encore, la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale est essentielle. Malgré la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, des « personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » sont encore directement dirigés vers l'« HP » sans bénéficier de diagnostic différentiel. Au-delà des allers-retours imposés entre les hôpitaux, ces situations mettent en danger les patient-es. Les médecins généralistes ne sont pas assez formés à la psychiatrie. Toutes ces problématiques trouveraient pourtant leurs solutions si l'ambulatoire psychiatrique (le secteur encore...) était préservé et donc suffisamment doté en personnel.

## Psychiatrie de la personne âgée.

SUD : Pourquoi un apartheid pour les vieux ? Là encore, rappel que le secteur c'est aller soigner les femmes et les hommes là où ils vivent. Un travail en réseau (nécessité de personnel... !) évite la création de ghettos à l'intérieur même des hôpitaux psychiatriques, qui redeviennent peu à

peu des asiles du temps de la thèse de Paumelle, avec ses « quartier des agités », quartier des grabataires, quartier des femmes, quartier des hommes...

## Psychiatrie en milieu pénitentiaire.

SUD : Il a fallu du temps avant que le secteur psychiatrique, via les CMPR devenus SMPR, ne puisse entrer dans les prisons où se trouvent de nombreux-ses patient-es. Les très controversées UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées), bel exemple de sous-traitance, sont venues compléter le dispositif. Ces hôpitaux-prisons devaient permettre de mieux accueillir les détenu-es souffrant-es de pathologies psychiques. Si elles ont permis de mieux gérer les situations de violence inhérente au manque de moyen dans les hôpitaux, violence subie par les patient-es car le plus souvent mis-es à l'écart, violence subie par le personnel faute d'être en nombre suffisant, le principal écueil de leur création est « d'emprisonner » toujours davantage de malades mentaux-tales...

## Recherche et évaluation des pratiques.

SUD : Parallèlement au contexte d'« Hôstérité » dégradant nos possibilités de soigner, nous sommes empêché-es de mettre en place des résistances, de faire vivre notre créativité comme nous avons toujours su le faire par mauvais temps. Il nous est impossible aujourd'hui, de prendre une quelconque initiative qui ne serait censurée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Nous exigeons que soit rendue aux personnels la possibilité de dessiner leur quotidien comme bon leur semble. Marre des donneuses de leçons qui n'y connaissent rien, marre de ces têtes d'œuf déconnectées de la réalité qui osent venir nous dire comment faire (clin d'œil dans ses murs à Agnès Buzyn, actuelle ministre des solidarités et de la santé et ex présidente de la HAS ...).

## Formation des professionnel-les médicaux et non médicaux.

SUD : Une formule SUD qui sera retenue à sa demande par le président du Comité de pilotage : « En psychiatrie, mais c'est aussi valable partout, la première chose qu'il faut soigner, c'est la rencontre ». Rappel du gâchis suite à la disparition du diplôme d'infirmier-ière de secteur psychiatrique. De la nécessité de bien former les professionnel-les et du fait que les premiers instants du soin détermineront leur suite, mettre l'accent sur les formations à la rencontre. De l'importance de sortir de la logique « du faire face » pour retourner à la clinique « du faire avec ». Permettre aux soignant-es de se sortir de la tête que les fiches d'événements indésirables ne



résoudront rien cliniquement, qu'elles opposent une méthode gestionnaire à la clinique du sujet (le-la patient-e serait-il-elle devenu-e un évènement indésirable ?). De leur proposer à terme, de vrais diplômes en opposition aux formations par empilage des compétences, porte ouverte via le développement de l'exercice partiel, à l'ubérisation du soin.

### Démographie des professionnel-les.

SUD : Il va falloir rester vigilant-es sur ce sujet. Le ministère compte bien surfer sur l'idée qu'il y a un problème démographique (à l'heure où des IFSI et IFAS ferment, où les universités rechignent à prendre le relai et où le chômage explose) pour faire valoir les compétences plus que les diplômes, des services plus que des femmes et des hommes voire d'attribuer des missions de soins aux réseaux associatifs bénévoles ou quasi-bénévoles types Groupe Entraide Mutuelle. Des GEM qui ont toute leur place dans le maillage sectoriel psychiatrique, en particulier lorsqu'ils sont gérés par les patient-es eux-elles-mêmes, mais qui ne doivent pas s'y substituer.

Paris, le 2 août 2017



Loi travail,  
Attaques contre les  
Fonctionnaires,  
Hôstérité...

Toutes les raisons de  
se mobiliser !

## POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE ET ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE

(Extrait Fiche Loi Santé Ministère des Solidarités et de la Santé)

La politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs sont associés (y compris ceux du logement, de l'hébergement et de l'insertion).

Cette politique repose sur l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) fondé sur un diagnostic partagé, qui est un état des lieux des ressources pointant les insuffisances et des préconisations pour y remédier.

Le PTSM inclut l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social et incluant les représentants des usagers, des politiques de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale.

Le PTSM tient compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il précise les modalités d'accès aux soins et accompagnement, aux techniques de soins et d'accompagnement les plus actuelles quelque soit les troubles psychiques concernés.

Le PTSM est élaboré et mis en œuvre par les professionnels et établissements du territoire compétents dans le champ de la santé mentale. **En l'absence d'initiative, c'est le DGARS qui prend les dispositions nécessaires pour qu'un PTSM soit défini.** Il fait ensuite l'objet d'un contrat passé entre les partenaires et l'agence régionale de santé.

**Le PTSM organise la coordination territoriale:**

- La prévention (repérage, diagnostic et intervention précoce).
- Les modalités et techniques de soins et de prise en charge spécifique.
- Les modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

Il organise l'accès à la population à un ensemble de réponses (dispositifs et services) à partir des besoins de la population du territoire, dont les modalités seront précisées par voie réglementaire.

Diagnostic et projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le DGARS après avis des conseils locaux de santé mentale et des conseils territoriaux de santé.

**Le contrat territorial de santé mentale (CTSM) est conclu entre l'ARS et les acteurs de terrain.** Il définit les missions, les engagements, les moyens, modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM. Les établissements de service public hospitalier signataires d'un tel contrat peuvent se regrouper **en communautés psychiatriques de territoire.**

La mission de psychiatrie de secteur participe à la politique de santé mentale sans la piloter. Leur mission est centrée sur :

- Les soins de proximité (notamment soins ambulatoires).
- Leur accessibilité géographique et financière.
- Leur continuité.

En lien avec les autres acteurs si nécessaire, pour assurer l'accès à l'ensemble des techniques de soins.

Le DGARS désigne les établissements autorisés en psychiatrie chargés de la mission psychiatrique de secteur et leur attribue un territoire.