



Fédération Nationale des
Associations
d'(Ex) Patients Psy
FNAP-Psy



PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Projet de plan soumis à concertation

Observations et propositions de la FNAP-PSY, de l'UNAFAM, de la FHF et de la Conférence des Présidents des CME de CHS

Les 4 organisations se sont concertées pour l'analyse du projet de plan « Psychiatrie et santé mentale » soumis à concertation. Elles tiennent en premier lieu à saluer tout particulièrement :

- ***La décision prise le 19 décembre par le ministre de proposer et de budgéter un plan pour la psychiatrie et la santé mentale***, pour la première fois depuis une vingtaine d'années accumulant les rapports sans lendemain sur cette question majeure de santé publique ;
- ***Les deux premières pages de l'allocution ministérielle du 4 février, car elles témoignent d'une compréhension aiguë des spécificités du champ concerné***, prenant la mesure de sa complexité en respectant la diversité des approches et des attentes des usagers et des professionnels de la psychiatrie de service public, permettant d'espérer à l'avenir un fossé moins grand entre les options du « cercle des décideurs de l'administration centrale et régionale » d'une part, et les réalités et perceptions du terrain d'autre part.

Bien qu'étonnamment, il n'évoque pas explicitement ***l'urgence absolue tant pour les personnes concernées que pour l'ensemble des citoyens du pays de la situation des personnes souffrant de psychoses qui vivent désormais dans la cité***, le projet de plan ministériel propose logiquement la définition d'orientations de travail en direction de populations ou de préoccupations spécifiques. Il engage également un processus de remise à niveau des moyens nécessaires au dispositif de soins psychiatriques et d'accompagnement médico-social, dont le calibrage appelle toutefois des réserves.

Mais au-delà de ces points qui pourront être améliorés dans le cadre de la concertation, le Ministre a donné incontestablement une grande envergure à son discours du 4 février en affirmant clairement sa volonté de « ***donner un nouvel élan au secteur psychiatrique*** » qu'il importe de « ***conforter comme base de l'organisation des soins*** ». La sectorisation psychiatrique française, système qui nous est tant envié à l'étranger, se voit enfin soutenue politiquement par son ministre. Fixant ainsi le cap général des dispositions du Plan, le Ministre a su entendre et engager l'apport d'***une réponse crédible au « flottement sur les principes organisateurs »*** ressenti depuis une dizaine d'années par un grand nombre d'usagers et de soignants en psychiatrie, flottement sur les fondamentaux constitutif pour une large part de leur malaise en contribuant à leur vécu d'insécurité.

Sur cette question centrale des repères de travail de la communauté psychiatrique, il y a donc lieu que le Plan psychiatrie et santé mentale rédigé par les services centraux du Ministère apporte un signal aussi clair et engageant que le discours du Ministre (au point d'être pris comme titre de

l'entretien qu'il a accordé au journal Le Monde du 5 février). Ce sera l'un des objectifs principaux de la présente note d'y contribuer pour permettre de lever certaines ambiguïtés voire contradictions introduites récemment par quelques textes réglementaires ou instructions administratives invitant à la dissipation de la référence sectorielle ; comme cette formulation du travail de secteur bien difficile à décrypter concrètement : « *maintenu dans sa seule dimension fonctionnelle* » (!) (Circulaire DHOS/O2 du 25 octobre 2004 sur le volet psychiatrie et santé mentale du SROS III).

Les 4 organisations rappellent qu'elles n'ont cessé de donner de la voix depuis plusieurs années pour dénoncer *la dérive d'un dispositif de soins psychiatriques de service public laminé par la conjonction d'une réduction de ses moyens et d'une explosion des nouvelles missions qui lui étaient confiées, sans hiérarchisation de celles-ci.*

Sur différents points cruciaux comme l'inadaptation actuelle des dispositions législatives pour les soins sans consentement, les lettres adressées au Ministère et demeurées sans réponse ne se comptent plus depuis trois ans (conférence de presse du 11 mai 2003, téléchargeable sur le site internet de la FHF).

Sur la question des moyens, les 4 organisations regrettent que le Ministre n'ait pas fait mention dans son discours de la novation représentée par le vote d'un amendement à la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoyant l'identification séparée de l'enveloppe nationale des dépenses de la psychiatrie de service public. L'accomplissement de cette obligation salubre par la circulaire budgétaire des établissements sous dotation globale pour 2005, avec une identification nationale accompagnée d'une déclinaison régionale qui garantira une « traçabilité » des moyens financiers alloués ensuite par chaque Agence régionale de l'hospitalisation, sera l'objet de la plus grande attention. Elle exprimera en effet, sur le plan très concret de la gestion des ressources financières, le changement de cap imprimé par le Ministre à ses services, centraux et déconcentrés, quant à la vision secondaire sinon péjorative qui y prévalait de la psychiatrie et des besoins de santé mentale auxquels répond cette discipline.

Pour revenir à une vision plus générale du document mis à la concertation, si les références à l'OMS, à l'APPA, à Harvard ou à la « Geriatric depression scale » sont parfois intéressantes, *elles ne doivent pas conduire à une fascination pour le « schéma anglo-saxon » -dont on sait le substrat utilitariste et la capacité sans égale à évincer les sujets les plus vulnérables-* au point de multiplier les termes en anglais dans le Plan proposé : Il est possible, sans difficultés, de substituer une « analyse détaillée » à « screening », par exemple.

Le projet de développer une offre médico-sociale adaptée à l'ensemble des personnes concernées, notamment celles dont l'hospitalisation à plein temps en psychiatrie représente une réponse « inadéquate » à leurs besoins, correspond à un besoin important, signalé de longue date. La FNAP-PSY et l'UNAFAM ont déployé des efforts importants pour la reconnaissance de celui-ci, pleinement soutenues par la FHF et la Conférence.

Toutefois, au-delà d'un nécessaire ajustement du calibrage des besoins (confer infra), *une question demeure en suspens quant à l'implication et au soutien indispensable des élus locaux des conseils généraux et des communes vis à vis de l'ensemble de la population concernée,* sujet sur lequel l'UNAFAM et la FNAP-Psy se sont particulièrement impliquées au regard de l'importance stratégique qu'il revêt.

En effet, la connaissance et la considération que les élus locaux portent aux personnes souffrant de troubles psychiques est pour le moins variable. *Bien souvent, le sort des personnes handicapées psychiques fait l'objet d'un déni de compétence* entre d'une part un dispositif soignant, sous compétence de l'Etat et de l'assurance-maladie, qui se voit contraint sinon enjoint de savoir « passer le témoin » à d'autres acteurs sociaux et médico-sociaux, qui sont eux sous la

compétence du Département ou des Communes (bailleurs sociaux), ...et qui d'autre part ne veulent absolument pas s'en saisir au nom d'un « transfert de charges » abusif de la part de l'Etat et de l'assurance-maladie. Cette attitude d'évitement, propre au handicap psychique en regard de la considération qui est portée comparativement au handicap moteur, mental ou cognitif, signale sans aucun doute **le besoin, pour la contre-balancer, de contrats précisant les objectifs, les moyens et les résultats**. Ces contrats doivent ainsi savoir associer :

- *La nouvelle caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et chacun des conseils généraux,*
- *Les agences régionales de l'hospitalisation pour la programmation sanitaire, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales pour la programmation médico-sociale, et chacun des conseils généraux,*
- *Les Ministères de l'Intérieur et du Logement avec chacune des collectivités territoriales, départements et communes, bénéficiaires de dotations financières de fonctionnement. L'Etat est en effet le premier contribuable des collectivités territoriales : il lui est donc possible d'organiser une véritable prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques par les collectivités bénéficiaires des péréquations budgétaires qu'il met en œuvre.*

I. Le projet de plan comporte plusieurs lignes directrices bienvenues, correspondant à des attentes ou à des propositions des 4 organisations :
--

1. Un **renforcement du dispositif de soins par la création de 2500 postes** de professionnels médicaux et non médicaux,
2. Un **renforcement de la place des représentants des usagers et de leurs proches dans le dispositif de décision**, et l'apport de subventions et de modalités d'action (clubs d'entraide), leur permettant de déployer leur action à l'échelle de l'ensemble du territoire. La FHF et la Conférence vont, pour leur part, prendre une initiative pour accentuer cette orientation générale, en proposant à tous leurs adhérents de faire en sorte que les établissements publics gérant des secteurs de santé mentale disposent d'un local attribué aux associations d'usagers de la psychiatrie, élargissant ainsi une initiative déjà adoptée en 2001 dans les Pays de Loire (cf. document annexe 1) et certains centres hospitaliers dans d'autres régions.
3. L'ouverture attendue de longue date de plusieurs dossiers clés :
 - i. La **mise à niveau hôtelière des services d'hospitalisation psychiatrique**, (en regrettant au passage l'utilisation maladroite du terme « murs » très connoté en psychiatrie) : Cette orientation était appelée de ses vœux par l'initiative multilatérale FHF/Conférence/FNAP Psy/Unafam/FEHAP/Adesm/Uncpsy/Raq-Psy sur le « *cahier des charges qualitatif de l'hospitalisation à plein temps en psychiatrie* » (conférence de presse du 28 mai 2003, textes disponibles sur le site internet de la FHF),
 - ii. Les modalités d'hospitalisation sans consentement et la particularité de la communication des données médicales en psychiatrie,
 - iii. La répartition géographique des psychiatres, dans le cadre des négociations statutaires en cours,
 - iv. L'adaptation de la formation : l'augmentation du nombre de postes d'internes, la mise en place d'une formation pratique clinique en milieu spécialisé pour les psychologues cliniciens, la formation d'adaptation à l'emploi et le « compagnonnage infirmier » en psychiatrie (le projet de plan reste toutefois trop en retrait de la reconnaissance sur ce

- point, de la nécessité d'une formation diplômante spécifique à l'image des puéricultrices pour les services de pédiatrie),
- v. La question des Unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), qui a le mérite de s'appuyer sur un calendrier et un financement précis.
 - vi. La méthodologie renouvelée qu'il préconise pour l'amélioration des pratiques en matière de prescription, sur la base de fiches élaborées par l'HAS, et les modalités de visite médicale,
4. Le déploiement de **diverses solutions d'accompagnement médico-sociales**, apportant des solutions d'hébergement et d'accompagnement dans la cité.

II. Le plan gagnerait à deux développements complémentaires d'une part sur les priorités de la politique de santé mentale, d'autre part sur la valorisation de l'activité et des services médicaux rendus :

• **Deux priorités de la politique de santé mentale à souligner :**

Deux situations de grande difficulté pour de nombreux sujets souffrant de troubles psychiques et leurs proches ne sont pas suffisamment abordées par le projet de plan ministériel :

- **Dans le domaine de l'enfance, le renforcement des actions de dépistage et de prise en charge des environnements à haut risque,**
- **La prise en compte des situations de détresse des proches des patients présentant des pathologies sévères au long cours,**
- La proposition des 4 organisations signataires est que le plan ministériel définisse clairement ces situations comme prioritaires en termes d'accès aux soins :
 - *Renforcer les actions de dépistage et de prise en charge des environnements à haut risque trop souvent traités de manière exclusivement éducative, sociale ou judiciaire, sans respect suffisant pour les capacités évolutives des protagonistes, capacités souvent réelles à condition qu'un abord clinique et psychopathologique des distorsions relationnelles parents-enfant soit intégré à l'évaluation et à la prise en charge. A cet égard, si la prise en charge des bébés est en développement, la tranche d'âge des 2-3 ans, période charnière d'intégration sociale, est souvent moins bien couverte.*
 - Engager une réflexion sur le développement et l'organisation des moyens d'action des secteurs de psychiatrie générale, dans le sens de **la mise en place d'un service de soutien aux familles** notamment dans les situations d'anosognosie et de non-adhésion aux soins du parent qui souffre de troubles psychiques graves en situation de « non demande ». En effet, *au-delà de la réponse thérapeutique à apporter à celui-ci, dans le respect des principes éthiques et juridiques de référence, la famille doit pouvoir mobiliser le soutien de l'équipe de secteur pour elle-même, afin de trouver ainsi une aide et de nouer une alliance* qui dans la plupart des cas ne peut, *in fine*, que porter de nombreux bénéfices indirects pour le patient.
- **La valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) :** le projet de plan reste malheureusement trop imprécis (page 53), avec une simple citation de ce concept qui constitue un nouvel espace de travail partagé, dans lequel la communauté des usagers et des professionnels de la psychiatrie publique se reconnaît. Les 4 organisations souhaitent à ce sujet rappeler leurs propositions constructives quant à la VAP, sur la base d'un **modèle pluraliste calé sur la population desservie et les coûts fixes de**

fonctionnement d'un dispositif de soins centré sur l'exigence de proximité. En effet, toutes les tentatives de description de l'activité en psychiatrie fondées sur la recherche de caractéristiques objectives des patients, indépendantes de structures de soins et de leurs modalités de prise en charge à l'image du MCO, sont vouées à l'échec, demain comme depuis 15 ans.

III. Le plan comporte des ambiguïtés à lever et des omissions à reprendre :

1. Une ambiguïté sur le bon registre de « maillage » du dispositif de soins psychiatriques pour les usagers les plus vulnérables : Secteur, fédération de secteurs et/ou réseau de santé ? :

- i. Si le discours ministériel du 4 mars est clair, le contenu précis du projet de Plan l'est beaucoup moins sur le « *nouvel élan du secteur psychiatrique* » et la manière de le « *conforter comme base* ».
- ii. Les 4 organisations considèrent en effet qu'en termes de politique de psychiatrie et de santé mentale, *le dispositif de soins ne souffre pas d'un « excès de secteur » mais au contraire d'un « inachèvement »*, d'une incomplétude car *le secteur, en intégrant la dimension relationnelle du soin qui s'établit sur la continuité, a donné à la psychiatrie française le moyen d'une thérapeutique efficace.*
En effet, en psychiatrie, *la place de l'histoire et de la continuité*, que ce soit pour les patients, leurs familles ou les institutions, a valeur organisatrice. *Ce soin qui ne peut être assuré par une présence indifférenciée*, doit s'inscrire en termes de *projet individualisé au cas par cas* dans la continuité d'une histoire où le soignant, à la fois ambassadeur de la réalité et garant de l'intime, a une *interchangeabilité beaucoup plus faible que dans la plupart des disciplines médicales.*
Par ailleurs, il est souhaité que soit évaluée la qualité de la mise en œuvre des bonnes pratiques.
- iii. Le plan présente l'intérêt de souligner *la nécessité d'organisations des soins fédératives de plusieurs secteurs, pour mutualiser conjointement des réponses spécifiques qui ne disposeraient pas de la taille critique sur un seul secteur* (urgences et garde, adolescents et jeunes adultes, géronto-psychiatrie, CMP ouvert le WE, etc...). C'est une vision soutenue de longue date par la FHF (plate-forme 2001) comme la Conférence (« Secteur 2007, quelle gouvernance ? », 1^{er} décembre 2004). Ces fédérations présentent l'intérêt d'élargir le périmètre du secteur sur les sujets qui l'exigent, tout en gardant avec lui un lien cohérent et une lisibilité pour les usagers et les professionnels.
- iv. Le plan présente toutefois *l'ambiguïté de mettre en avant parallèlement sans distinguer les niveaux et les modes d'articulation, la notion de « réseau de santé psychiatrique »*. Ces modalités et aires géographiques peuvent constituer des opportunités, en fonction des contextes locaux, porteuses de dynamiques intéressantes. Mais en l'état de leur formulation, elles peuvent générer de la dilution et de la confusion (voire de l'évitement) sur les responsabilités respectives, notamment pour les prises en charge difficiles (qui va soigner Romain Dupuy le temps venu ? les généralistes ? les cliniques privées à but lucratif ? etc...). Le secteur, comme toute organisation a ses limites, mais il a un mérite incontournable : il interdit à une équipe en charge d'un secteur la sélection des patients qui lui conviennent d'une part, et la psychiatrie est la discipline qui présente incontestablement ce risque au plus haut point. *C'est là la fonction éthique majeure de la politique de secteur contraint de devoir accueillir le patient qui relève de son champ d'intervention sans pouvoir se défaire sur l'alibi d'une indication inadaptée à la structure d'accueil*

*(comme peut le faire une offre de soins par pathologies ciblées. D'autre part, elle impose à ladite équipe de porter ses efforts tout autant sur les structures ambulatoires dans la cité que sur l'hospitalisation, tant les interactions entre ces deux dispositifs sont nombreuses. Créer de nouvelles structures alternatives (commerciales par exemple), isolées du reste du dispositif est l'expression d'une incompréhension du principe sectoriel qui ne se résume pas à la promotion de structures ambulatoires, mais qui **réside avant tout dans les liens de solidarité et de complémentarité établis entre les dispositifs de soins hospitaliers et ambulatoires.***

v. *Si la logique de sectorisation qui correspond à la mise en place d'une psychiatrie communautaire n'a pas atteint tous ses objectifs, tous les rapports ont souligné le bien-fondé du cadre sectoriel pour promouvoir une dynamique vivante de travail en réseau. C'est pourquoi les 4 organisations demandent donc que tous ces élargissements potentiels sous la forme de réseaux ou de territoires de santé **soient clairement posés sur un socle cohérent et lisible par tous, c'est à dire à partir d'un ou de plusieurs secteurs réunis en fédération.** Cette modalité technique qui doit être clairement énoncée par le Ministère pour corriger les signaux ambigus récemment délivrés (confer supra), sera très attentivement considérée par la communauté d'usagers et de professionnels de la psychiatrie très mobilisée sur ce sujet. A cet égard, l'incitation des acteurs par la récente circulaire sur le volet psychiatrie et santé mentale du SROS 3 a **structurer une concertation de proximité par la mise en place des Conseils de Secteur ou de conseils locaux de santé mentale, fait partie des omissions des plus regrettables et devrait être réaffirmée dans le plan.***

vi. *Tout en reconnaissant la qualité des réalisations de la psychiatrie libérale, **la santé mentale est avant tout une question de santé publique.** Comme le souligne la circulaire du 14 mars 1990, **complémentarité et coordination sont les gages du bon fonctionnement du système, l'une des trois missions fondamentales du secteur psychiatrique étant la coordination entre acteurs de santé et autres intervenants de la communauté dans le champ de la santé mentale. Aussi le secteur (ou la fédération de secteurs d'implantation) doit jouer pleinement son rôle de pivot de l'organisation des soins et de la prévention de la psychiatrie.** C'est pourquoi les 4 organisations demandent que les projets réglementaires d'ouverture des alternatives en psychiatrie au secteur privé à but lucratif soient reconsidérées sur les bases de ce principe organisateur en tenant compte des points ci-dessus, c'est à dire **en les conditionnant à la signature de conventions de fonctionnement avec les secteurs psychiatriques (ou fédération de secteurs) d'implantation concernés. Cette convention doit préciser clairement le cahier des charges du fonctionnement des intéressés dans une approche « projet médical de territoire » (notamment au niveau de leur contribution à la permanence des soins ou des modalités d'articulation des trajectoires de soins des patients ; sans oublier le fait que ces modalités alternatives de soins doivent réglementairement être implantées sur un autre lieu que le site d'hospitalisation à plein temps).***

En effet et en l'état actuel du projet de plan, tout semble se passer comme si les réalités territoriales s'évaporaient dès lors que les médecins libéraux et les établissements privés sont cités.

vii. *La meilleure démonstration de cette nécessité résulte de la lecture du projet de plan ministériel et des contrastes significatifs d'écriture qu'il comporte :*

1. *S'agit-il de citer l'ensemble des acteurs de santé potentiellement mobilisables par les usagers et des équipes de secteur en psychiatrie (page 10 sur les CMP, page 17 sur les réseaux de santé) ? : le document ministériel est très complet en citant les médecins libéraux, les établissements privés, etc...;*

2. *S'agit-il de s'engager dans une démarche d'accompagnement difficile et au long cours des patients souffrant des pathologies mentales les plus sévères et des statuts sociaux les plus modestes ? : les équipes de secteur et la psychiatrie publique sont alors les seules à être citées comme interlocuteurs et garants du dispositif d'accompagnement médico-social (page 23 sur l'accès à un logement ou à un hébergement adapté), ou de la dispensation de soins à des publics en situation de précarité sociale (page 78) ;*
3. *On ne saurait mieux illustrer, sous la plume même des collaborateurs du Ministère, le risque d'une pente naturelle vers une « psychiatrie à deux vitesses », avec une stigmatisation croissante des patients comme des seuls professionnels qui acceptent de les suivre, faute d'une réaffirmation claire et globale du principe sectoriel (ou fédératif) d'organisation et de coordination des soins en psychiatrie.*

2. L'omission de la correction des effets pervers de la récente réforme des affections de longue durée (décret 4 octobre 2004) pour les patients suivis en psychiatrie :

- Il s'agit de la modification de l'article D.322-1 du code de la santé publique concernant les maladies dite Affection de Longue Durée par le décret 2004-1049 du 04 octobre 2004 (JO n° 232 du 05 octobre 2004).
- Ce texte remplace la dénomination précédente des affections longue durée « psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale » par la dénomination « d'affection psychiatrique de longue durée ». Une annexe définit sur un *mode particulièrement restrictif et assez suspicieux, voire même méprisants pour les malades souffrant de troubles mentaux*, les critères à retenir pour l'obtention de la dénomination Affection Longue Durée (ALD).
- *Sont ainsi exclus tous les troubles aigus (psychose comprise) de moins d'un an d'ancienneté (!)*. De plus les troubles doivent être appréciés non en fonction du diagnostic, mais en fonction du handicap qu'ils génèrent. Si la personne souffrant de troubles mentaux sévères n'a pas de mutuelle ou n'est pas à la CMU (ce qui est une part importante des patients concernés) elle ne peut faire face à *la suppression de l'exonération du ticket modérateur résultant de ce texte (ce qui peut être très onéreux en cas d'hospitalisation)*. En outre et en cas de *traitement ambulatoire, elle ne peut bénéficier de la prise en charge de ses transports pour se rendre aux consultations ou à ses soins* : les 4 organisations demandent donc un engagement du Ministre pour que les dispositions de ce décret soient rapidement reconsidérées, en concertation avec elles.

3. L'omission de l'addictologie et des soins somatiques aux patients présentant des troubles psychiques, en réciprocité de la psychiatrie aux urgences et de liaison :

Cette omission est regrettable, au sens où :

- i. c'est un enjeu de santé publique majeur qui concerne tout autant les patients accueillis dans les services somatiques que psychiatriques,
- ii. la thématique de *l'addictologie est un trait d'union pertinent pour des actions concertées d'organisation d'une réponse diversifiée entre les établissements somatiques et psychiatriques. Cette dynamique devrait en outre s'inscrire dans le souci plus global d'une logique équilibrée et réciproque entre lesdits établissements, avec la psychiatrie aux urgences et la psychiatrie de liaison d'une part, et d'autre part une médecine somatique de liaison qui reste à mettre en place au bénéfice des patients accueillis dans les services de psychiatrie (selon les préconisations de la circulaire du 25 octobre 2004 sur le volet psychiatrie et santé mentale du SROS 3 (page 9, 3°),*

iii. le domaine de l'addictologie se joue également dans une **articulation entre le sanitaire et le médico-social, entre SROS III (ARH) et schéma médico-social de l'addictologie (DRASS).**

4. Les ambiguïtés à lever quant à l'implantation des services d'hospitalisation à plein temps en psychiatrie et au moratoire sur la fermeture des lits :

- A ce sujet, les 4 organisations rappellent *la nécessité du déplacement du « centre de gravité » du dispositif de l'hôpital vers la communauté (que le secteur soit rattaché à un hôpital spécialisé ou à un hôpital général) pour faire du CMP le véritable pivot dans la cité du dispositif de soins et de prévention en santé mentale.*
- *Aussi une focalisation des services ministériels sur les modalités d'implantation des services d'hospitalisation à plein temps témoigne d'une lecture trop « hospitalo-centrée » du sujet à travers le prisme de débats dépassés.* Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire et dans plusieurs villes comme Pau, l'évolution urbaine et les contraintes foncières font que la nouvelle implantation du Centre Hospitalier Général est plus longue et difficile d'accès pour les usagers et leurs proches que celle, plus ancienne mais « rattrapée par la ville et les transports urbains », du Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Pour prendre un autre exemple concret et en Côte d'Armor, la répartition des 3 secteurs de psychiatrie générale du Centre Hospitalier de Bégard (Privé PSPH) entre les Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, envisagée un temps, aboutirait immédiatement à un blocage en termes de gestion opérationnelle des ressources humaines médicales et non médicales.
- De ce fait, les 4 organisations proposent au Ministre d'établir *un objectif global de résultat à ses services et à la communauté de service public* sur ce sujet, au-delà de débats qui peuvent mobiliser beaucoup trop d'énergie et de ressources de manière inappropriée : *la distance-temps maximale à parcourir par tout assuré social et ses proches pour être soigné ou hospitalisé à plein temps en psychiatrie pourrait être fixée autour de 40 minutes en voiture et/ou en transport en commun.* Sur un référentiel d'accessibilité de cette nature, le seul qui compte pour les usagers, l'interpellation peut d'ailleurs concerner tout autant un service urbain de psychiatrie hospitalo-universitaire qu'un service hospitalier en milieu rural. Pour l'énoncer de manière imagée, *la « psychiatrie des (grandes) villes » n'a aucunement lieu d'être surévaluée dans ses compétences et la qualité des services médicaux rendus relativement à la « psychiatrie des champs ».*
- Pour ce qui concerne l'annonce ministérielle quant au moratoire sur la fermeture des lits, la FHF soutient pleinement la position exprimée conjointement par la Fnap-Psy, l'Unafam et la Conférence dans un communiqué commun le 22 décembre 2004 :
« En ce qui concerne le moratoire sur la fermeture des lits, nous répondons oui s'il s'agit d'une étape pour déployer rapidement une véritable politique de secteur dans la communauté et ne pas, faute de moyens, abandonner les patients sans soins et sans accompagnement dans la cité ; par contre notre réponse est non si c'est une solution sécuritaire qui ne manquerait pas de nous ramener à des pratiques asilaires.
Personne ne peut nier que dans certains hôpitaux (voire dans certains départements), il existe une réelle tension sur l'occupation des lits au point que

certains prescripteurs en arrivent parfois à détourner les modalités d'hospitalisation sous contrainte pour être sûrs que leur malade pourra bien bénéficier des soins hospitaliers dont il a besoin.

Mais cette tension sur l'occupation des lits est aussi le symptôme de failles profondes dans le dispositif global de la chaîne de prise en charge ; car la vocation d'un malade n'est pas de rester à l'hôpital mais de reprendre dès que possible et à la mesure de son autonomie, sa place dans la communauté, son droit de cité dans sa famille ou dans des lieux d'hébergement adaptés ; et là, les structures d'aval en hébergement et accompagnement des secteurs sanitaire, social et médico-social font souvent cruellement défaut et embolisent le dispositif hospitalier.

De même en amont de l'hospitalisation, pour la prévenir cette fois, ce sont les difficultés, faute de moyens en personnels, pour organiser des prises en charge ambulatoires adaptées en soins et accompagnement, notamment à domicile car le patient n'est pas toujours à même de solliciter les soins et il faut que les soignants puissent alors aller vers lui et ses proches. Enfin l'hospitalisation qui reste nécessaire dans certaines situations cliniques, devrait être un temps de soins intensifs de haute technicité avec du personnel très qualifié et en nombre suffisant, ce qui est loin d'être assuré partout avec cette qualité, ni dans la sérénité et la dignité nécessaires. »

- De ce fait, au regard des contrastes géographiques existants sur la disponibilité des lits, *s'il est nécessaire que l'hospitalisation sans consentement soit entourée de garanties, il serait nécessaire que les refus ou impossibilités d'hospitalisation bénéficient également de garanties, avec l'intégration de ces situations dans le dispositif de signalement d'incidents.*

5) La nécessité d'une politique volontariste et innovante en matière de gestion des ressources humaines, notamment médicales :

Pour les 4 organisations, les conditions du succès en la matière seront réunies :

- Avec une *logique de « numerus clausus » à l'installation en ville et à l'affectation en établissement, pour rééquilibrer géographiquement la répartition des compétences,*
- Avec un rétablissement de l'attractivité des carrières publiques : à ce titre, il est étonnant que les praticiens hospitaliers de toutes disciplines voient leurs *sujétions d'exercice multisite* valorisées financièrement, et que *ceux qui exercent en psychiatrie sectorisée et pour lesquels ces sujétions sont bien plus fréquentes et lourdes, en soient exclus.* Il est intéressant de noter que *cette vision péjorative de l'exercice en psychiatrie* retentit également sur la *gestion des carrières des directeurs d'hôpitaux* (exclusion *à priori* de ces directeurs de la liste des 100 postes les plus importants, quoique certains desdits postes correspondent aux critères objectifs pour définir cette liste).
- Avec une implication des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, dans le réseau de soins constitué par les secteurs et fédérations de secteur, sous la forme *de missions d'intérêt général pour la participation aux activités de sectorisation psychiatrique,* en symétrie avec celles dont peuvent bénéficier leurs confrères hospitaliers. Il est en effet illusoire d'avancer qu'une plus grande implication de leur part résultera des seules évolutions de la formation initiale et des opportunités de s'inscrire dans un réseau de santé aux contours fonctionnels et géographiques flous, ce qui suppose une motivation affirmée pour des *prises en*

charge difficiles et mal rémunérées par le système conventionnel actuel.

L'implication effective proviendra de liens :

- De travail en commun, dans le cadre des conseils de secteur et du fait d'une participation régulière aux activités de l'équipe psychiatrique de secteur ou de la fédération,
- De l'assurance ainsi construite de pouvoir faire face, et de pouvoir disposer si nécessaire d'un soutien réactif, dans les phases les plus délicates des prises en charge.

6. Le recrutement de trois chercheurs pour 2005 apparaît peu ambitieux au regard du formidable potentiel inexploité des 4000 psychiatres hospitaliers dont il faut rappeler la triple mission : *soin, enseignement, recherche.*

IV. La dimension financière et calendaire du plan atténué en l'état une part de sa crédibilité :

1. Il y a un contraste saisissant entre *l'annonce ministérielle de 1,5 milliard* d'euros d'investissement en psychiatrie d'une part, et la précision d'autre part que 750 millions d'euros seront « autofinancés » par les établissements et que 700 autres millions seront empruntés, soit seulement *65 millions d'euros d'apports financiers annuels réels* aux établissements pour les dotations aux comptes d'amortissement et de frais financiers pour emprunter. Ces effets de manche des services de communication, pour la satisfaction de quelques manchettes, se traduisent le plus souvent par de l'incrédulité et du désabusement, quelques jours après l'annonce qui n'est pour autant pas à négliger. Les 4 organisations font part donc d'une critique qui porte certes sur l'ampleur financière perfectible de l'engagement ministériel, mais plus encore sur la méthode. Elles demandent que le Plan distingue clairement les dépenses de fonctionnement reductibles et non reductibles, de même que les dépenses d'investissement.

2. Il y a un contraste embarrassant entre le nombre de patients hospitalisés cités comme requérant des solutions médico-sociales – 10.000 – et le nombre de places effectivement proposées, sans compter toutes les personnes concernées dans la cité :

i. En hébergement (MAS et FAM) : 1000 dont 400 en 2005,

ii. En appartements associatifs : chiffre non apporté par le projet de Plan,

iii. En accompagnement à domicile (SAMSAH et SAVS): 1900

iv. Sachant que le chiffre de 8.000 places de CAT cité par ailleurs ne peut être considéré car il correspond au programme global de création de places d'une part, et l'expérience montre que les personnes handicapées psychiques requièrent des CAT spécifiquement adaptés (nombre de places spécifiées à préciser donc). En ce qui concerne l'insertion et les CAT pour les personnes handicapées psychiques, les avancées dans ce domaine passeront par la création de centres d'évaluation et d'orientation connaissant les spécificités du handicap psychique et capables de conseiller les professionnels impliqués dans ces actions.

v. Or, **lorsque les patients ne disposent pas de solution de logement**, (et ces 10.000 personnes qui sont hospitalisés de manière inadéquate sont évidemment ceux qui ont le plus grand mal à trouver des appartements dans le secteur locatif ou social), **comment penser et mettre en oeuvre les sorties d'hospitalisation ?**

Les besoins correspondant au relogement des personnes qui vivent à l'hôpital sont faciles à estimer. Par contre, l'accompagnement des personnes dans ce domaine impliquera des ajustements permanents. Les SAVS et les SAMSAH ne peuvent

effectuer ces ajustements seuls. *Les patients, les familles et les élus doivent impérativement y être associés.*

- vi. Les 4 organisations estiment que sur le volet hébergement/accompagnement du projet de plan, le Ministère devrait « *changer de braquet* », *pour que le Plan ait un véritable impact*. Cette dimension accentue l'importance (sur laquelle l'UNAFAM et la FNAP-PSY attirent l'attention de longue date) de *l'implication des élus locaux cherchant ainsi à anticiper les problèmes et prévenir les situations de crise, notamment au titre du logement, de l'accompagnement et de la participation à la vie sociale*, directement en lien avec la stigmatisation attachée à la maladie mentale. L'objectif final du plan devrait bien être de prendre soin des personnes concernées (patients, proches, professionnels et tous les citoyens) y compris en gardant le souci de leur sécurité, mais sans jamais faire l'amalgame entre cet accompagnement qui protège et celui qui relève de la justice.

- 3. La diversité des sources de financement du projet de plan ministériel, de même que l'échelonnement très divers dans le temps du projet de plan atténue sensiblement la lisibilité et la portée de l'effort financier** annoncé au titre des crédits d'exploitation promis par le Ministre le 19 décembre dernier (200 millions d'euros) : confer tableau d'analyse joint. Les diverses sources de financement (Assurance-Maladie/Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie /Loi de Finances) devraient faire l'objet de présentations distinctes.

Les partenaires soussignés restent bien entendu disponibles pour tout échange et précision sur cette position commune dans le cadre du dialogue qu'ouvre la concertation sur le projet de plan.

Paris, le 16 février 2005

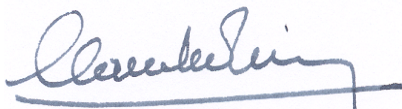
La Présidente de la Fédération Nationale
des Associations de Patients et (ex)Patients
en psychiatrie (FNAP-psy),


Claude FINKELSTEIN

Le Président de l'Union Nationale des Familles
et des Amis de Malades Mentaux (UNAFAM),

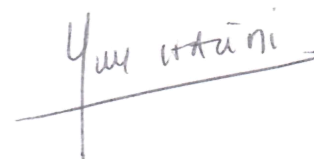
Jean CANNEVA 

Le



Claude EVIN

Le Président de la Conférence des Présidents des
Commissions Médicales d'Etablissement des
Centres Hospitaliers Spécialisés



Yvan HALIMI

ANNEXE 1

Nantes, le 19 Janvier 2001

M.M. Les Directeurs des Etablissements de Santé Mentale et
Hôpitaux généraux comportant des services de psychiatrie

M.M. Les Présidents des Conseils d'Administration

M.M. Les Présidents des Commissions Médicales
d'Etablissement

Madame, Monsieur,

L'évolution de la place des usagers vers une participation citoyenne plus active aux politiques de soins et de prévention peut apporter une contribution utile à une dynamique de progrès de notre système de santé.

Les implications de ce changement culturel dans le domaine de la santé mentale ont fait l'objet des travaux de la dernière Conférence Régionale des Présidents de CME des CHS (associant les médecins responsables des services de psychiatrie des hôpitaux généraux), travaux auxquels participait Mme Claude FINKELSTEIN (Présidente de FNAP-Psy et membre du Comité National Consultatif de Santé Mentale) et dont les conclusions nous amènent par ce courrier, à solliciter votre concours.

En effet, compte tenu des difficultés inhérentes à leur état de santé et à la lumière des expériences existantes, il est important que les professionnels facilitent les conditions de la mise en place de leur représentation en soutenant leurs initiatives de création d'associations représentatives qui leur permettent de sortir de leur isolement :

- mise en relation de patients souhaitant s'investir dans ce type de responsabilité,
- information sur la Fédération Nationale des Associations de Patients et Ex-patients psy (FNAP-Psy) et sur l'aide qu'elle peut apporter,
- mise à disposition d'un local à utilisation ponctuelle dans la semaine,
- possibilité d'affichage informatif dans les services,
- invitation à des commissions de travail où leur avis peut s'avérer utile,
- coordination avec les autres associations représentatives d'usagers et familles (en particulier l'UNAFAM).

A cet égard, la Charte de l'utilisateur en santé mentale élaborée conjointement par la FNAP-Psy et la Conférence Nationale des Présidents des CME des CHS peut constituer un outil intéressant de renforcement d'un dialogue constructif soignant-soigné autour de leurs droits et de leurs devoirs respectifs.

En vous remerciant pour votre compréhension et votre collaboration, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre considération distinguée.

Monsieur Benoît PERICARD
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation

Docteur Yvan HALIMI
Président de la Conférence Régionale
des Présidents de CME de CHS