

Psychiatrie et santé mentale

18 propositions du CHFO pour sortir de l'état d'urgence et de la stigmatisation.

**Adoptées par L'ASSEMBLEE GENERALE
DU 9 OCTOBRE 2019 A PARIS**

En apparence, la psychiatrie fait l'objet d'une attention constante des pouvoirs publics depuis de nombreuses années. Les rapports se succèdent (Robiliard, Laforcade, Milon, Lopez/Turan-Pelletier, etc.) et se ressemblent. Les propositions d'amélioration demeurent, tristement, inchangées au fil des années : faciliter l'accès aux soins, réduire les inégalités régionales, décloisonner le sanitaire, le médico-social et le social, développer la recherche, destigmatiser...

En 2018 et 2019, la psychiatrie a été mise sur le devant de la scène, notamment avec les mouvements sociaux des hôpitaux Pinel (Amiens) et Du Rouvray (Rouen). Un bon nombre de syndicats de médecins, d'organisations professionnelles, d'associations de représentants des usagers ainsi que la Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté s'accordent, aujourd'hui, sur la nécessité de faire de la psychiatrie une priorité nationale de santé publique.

Si les difficultés rencontrées par cette discipline ne diffèrent pas fondamentalement de celles connues plus généralement par l'Hôpital Public (inégalités d'accès aux soins, sous-financement, manque croissant de médecins et de soignants, augmentation de la violence, ...), elles s'y manifestent, sans aucun doute, avec plus d'acuité. A cet égard, la psychiatrie est souvent le miroir grossissant des enjeux majeurs de l'Hôpital Public.

La psychiatrie, éternel parent pauvre de la médecine, peine à se faire entendre et reconnaître. Parallèlement, la demande sociale à l'égard de ce secteur ne cesse d'augmenter (sécurité, terrorisme, malaise dans le monde du travail, éducation et scolarité, etc.).

Les mesures prises pour le secteur de la psychiatrie ces derniers mois, telles que la feuille de route « santé mentale et psychiatrie », les 100 millions d'euros de crédits supplémentaires, la nomination d'un délégué ministériel dédié à cette thématique ainsi que l'annonce de la réforme, tant attendue, du financement de la psychiatrie en 2021, peuvent laisser penser que les revendications ont été, en partie, entendues. Ces dernières resteront des cache-misères si elles ne s'accompagnent pas d'un plan d'action pluriannuel assorti d'un soutien financier, qui reste très largement à définir.

La psychiatrie française est à un tournant. Elle doit devenir **une priorité nationale** :

- **Pour faire face à l'enjeu majeur de santé publique** qu'est la santé mentale, et ce au même titre que le cancer, le VIH ou l'obésité. Voici quelques chiffres, exposés en vain dans tous les rapports, pour étayer l'urgence de cette demande :
 - o Un français sur trois souffrira de troubles mentaux au cours de sa vie,
 - o En 2016, les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes ont coûté 23 milliards d'euros à l'Assurance Maladie, soit 14% des dépenses, loin devant celles liées au cancer et aux maladies cardio-vasculaires,
 - o En 2018, 420 000 personnes ont été hospitalisées en psychiatrie et 2,1 millions prises en charge en ambulatoire.
- **Pour se transformer en une médecine de pointe.** Comme le rappelle l'Académie de Médecine, elle doit avoir l'ambition de guérir les maladies mentales et non plus simplement de les accompagner au long cours.

- **Pour devenir une spécialité comme une autre.** Le secteur de la psychiatrie, les patients qui y sont soignés comme les professionnels qui y travaillent ne doivent plus faire l'objet, au XXIème siècle, d'une stigmatisation injustifiée qui puise ses racines dans des siècles d'obscurantisme comme dans cette « inquiétante étrangeté » dont parlait Freud.

Ces différents constats conduisent le syndicat CH-FO à proposer 18 mesures pour la psychiatrie.

1/ Le financement de la psychiatrie et de la santé mentale

Dans le champ MCO, les hôpitaux généraux pâtissent de coupes budgétaires tous azimuts, sur les tarifs comme sur les dotations MIGAC. La situation actuelle des services des urgences en est un exemple patent.

Les difficultés accrues de financement de la psychiatrie sont peu entendues et peu relayées dans ce contexte. Les clichés d'une discipline assise sur un tas d'or, avec une gestion « à la cool », ont la vie dure.

Depuis vingt ans, un régime de « défaveur » est pourtant bel et bien appliqué, avec une accélération récente du phénomène. La DAF des établissements publics et des établissements privés à but non lucratif a augmenté en moyenne de 1,2% les sept dernières années tandis que l'ONDAM progresse de plus de 2% par an. Dans le même temps, les dépenses du secteur privé lucratif, financé au prix de journée, ont cru de 3,2%. Cette différence entre secteur public et secteur privé n'est pas acceptable.

Rappelons, en outre, que la DAF reste la variable d'ajustement, au niveau national dans la régulation de l'ONDAM et au sein des établissements non spécialisés, pour combler les déficits grandissant.

Il ne faut pas s'y tromper, l'évolution très faible de la DAF implique des plans d'économie à répétition pour les établissements, en raison de l'augmentation plus élevée des masses salariales.

Le rapport 2018 de l'IGAS ainsi que la mission flash WONNER soulignent le mal-financement et le sous-financement de la psychiatrie.

L'affichage de la priorité « psychiatrie et santé mentale » par la ministre freine le système discriminant, sans pour autant y mettre fin. L'évolution 2019 de la DAF (1,6%) reste inférieure à celle de l'ONDAM (2,4%).

Nous demandons une indexation de la DAF sur l'ONDAM, avec, en outre, un plan de rattrapage.

La réforme du financement est en cours d'élaboration mais les propositions actuelles de la mission AUBERT ne sortent pas la psychiatrie de l'ornière. Il y a un focus légitime sur la réduction des inégalités, mais le financement reste très majoritairement global et forfaitaire, avec le risque d'une nouvelle glaciation pendant des années. Nous n'en connaissons que trop bien les effets néfastes : non prise en compte des évolutions de la population desservie, des activités de l'établissement, impossibilité d'innover sans sacrifier d'autres projets, etc.

La question de financements de missions spécifiques ainsi que de financements à l'activité pour des actes définis (actes ambulatoires, actes aux

urgences, la liaison, l'HAD) paraît légitime puisqu'il y a de fortes attentes sur ces champs. En outre, cela ne porte pas à dispute sur la question des tarifs avec la FHP. Pour autant, cette piste n'est sans doute pas consensuelle parmi nous. Elle ne doit pas être appréhendée comme une posture idéologique libérale mais comme un dispositif pour répondre aux besoins.

Une autre question posée est celle de la reconnaissance des actions de prévention, de coordination des parcours complexes ainsi que de celles en faveur du virage inclusif, du rétablissement, de l'accès au logement et de la pair-aidance. Il est ainsi nécessaire de concevoir un statut pour les financements complémentaires, au-delà de la DAF et de la T2A.

Enfin, en psychiatrie aussi, la logique de l'EPRD engendre une forte diminution des capacités d'autofinancement. Les investissements sur le patrimoine sont largement insuffisants. Le constat est sans appel. De nombreux bâtiments de psychiatrie sont dégradés et vétustes menant, dans le pire des cas, à des conditions d'hébergement indignes. Ce point a été dénoncé dans le rapport 2018 de la Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté, remis à la ministre en mars dernier. La rénovation urgente du patrimoine doit impérativement être soutenue par les pouvoirs publics.

- **Mesure n°1 : Indexer le financement de la psychiatrie sur le taux d'évolution de l'ONDAM, avec un effort de rattrapage.**
- **Mesure n°2 : Identifier de nouvelles MIG propres à la psychiatrie.**
- **Mesure n°3 : Ouvrir la possibilité d'une tarification à l'activité pour certaines activités (ambulatoire, liaison, urgences, HAD, unités de neuro-psychiatrie pour les patients frontières...).**
- **Mesure n°4 : Créer un fonds de soutien pour la rénovation du patrimoine en psychiatrie**

2/ La démographie des professions

La France est un des pays de l'OCDE disposant du plus grand nombre de psychiatres par habitant. En 2015, il y était recensé 0,23 psychiatres pour 1000 habitants alors que la moyenne dans les pays de l'OCDE était de 0,17. En outre, en France, les effectifs de psychiatres ont cru davantage que ceux des autres médecins. Entre 1984 et 2011, le nombre de psychiatres a augmenté de 2,30% contre 1,93% pour l'ensemble des médecins (toutes spécialités confondues).

Néanmoins, ces données masquent la très inégale répartition des ressources sur le territoire. La densité de psychiatres entre régions varie du simple au double entre la Normandie (13,4 psychiatres pour 100 000 habitants) et l'Île-de-France (29,1 psychiatres pour 100 000 habitants). Cet écart est encore plus marqué au niveau départemental : 6,9 psychiatres pour 100 000 habitants dans les Ardennes, contre 32 dans le Rhône et 70,9 à Paris...

Dans ce cadre, cette tension majeure sur la démographie médicale est la difficulté première pour beaucoup d'établissements de territoires sous-dotés. Elle conduit à des réductions ou fermetures de structures. La compensation ne peut pas se faire facilement par les délégations ou pratiques avancées car

cette situation et le manque d'attractivité de certains territoires pèsent aussi sur les autres professions.

Ainsi, combinée avec la restriction budgétaire, cette pénurie génère en fait un rationnement du soin, peut-être moins visible que les déficits T2A ou les fermetures de maternité, mais tout aussi problématique. Les fermetures de lits ne confortent pas l'ambulatoire car il y a, en réalité, très peu de redéploiements. On peut même penser qu'il y a actuellement un « virage hospitalier », des établissements étant obligés de recentrer leurs ressources pour maintenir le fonctionnement de l'hospitalisation qui consomme 60% des ressources pour moins de 15% des suivis.

Les établissements et les professionnels sont donc écartelés entre la volonté de promouvoir la prise en charge en ambulatoire, de porter des projets nouveaux et la perspective de devoir s'installer durablement dans une carence majeure d'effectifs.

La pédopsychiatrie est particulièrement touchée, à la fois par le faible nombre de médecins exerçant dans ce domaine et l'inégale répartition sur le territoire. La pénurie dans ce domaine est difficile à quantifier, la psychiatrie infanto-juvénile n'étant pas une spécialité distincte de la psychiatrie. Néanmoins, en 2017, selon le RPPS, 2 475 médecins déclaraient disposer d'un savoir-faire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ce nombre serait faible par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE.

En psychiatrie générale comme en pédopsychiatrie, il est indispensable de questionner le maintien de la liberté complète d'installation, notamment au moment du post-internat, avec en parallèle l'urgence à identifier des zones territoriales prioritaires en termes d'implantation médicale.

Sur la question spécifique de l'organisation d'une GRH médicale au niveau des établissements support de GHT, il faudra s'assurer que les nouvelles modalités d'affectation des psychiatres ne constituent pas un facteur supplémentaire de fuite vers le secteur privé lucratif.

- **Mesure n°5 : Réorganiser l'internat et le post-internat en psychiatrie, dans une logique de meilleure couverture territoriale avec l'identification de zones prioritaires.**
- **Mesure n°6 : Développer les pratiques avancées pour les infirmiers et réfléchir à l'extension de l'expérimentation sur la prise en charge par l'Assurance Maladie de séances de psychothérapies pour les 18-60 ans.**

3/Les urgences et la liaison

La contrainte budgétaire et démographique (accrue par la réglementation sur le temps de travail et les gardes) explique aussi la stagnation ou le repli des ressources affectées aux urgences, à la psychiatrie de liaison, à la participation des médecins-psychiatres aux RCP des disciplines MCO, à l'inverse de la demande croissante. Cette dernière peut, elle-même, découler d'insuffisances du dispositif ambulatoire ou des tensions sur les capacités d'hospitalisation.

C'est le cercle vicieux : admission en urgence et hospitalisation donc nécessité de renforcer les moyens affectés à l'hospitalisation, donc difficultés à

promouvoir et à densifier l'offre en ambulatoire, donc accentuation des admissions en urgence...

Des efforts importants ont été faits pour structurer la réponse aux urgences psychiatriques dans les années 1990 ; mais depuis 2002, c'est le règne de la débrouille avec des montages très hétérogènes. La gradation des sites d'urgence psychiatrique n'est pas définie, l'exigence de proximité est forte, mais les contraintes interdisent la dispersion.

La gestion pré-hospitalière des urgences psychiatriques par des interventions complexes et croisées sur la voie publique et au domicile nécessite aussi, et sans aucun doute, un renforcement de la coordination entre acteurs institutionnels (Centre 15, SAMU-SMUR, SDIS, police, SOS médecins...).

Sur la liaison entre établissements psychiatriques et établissements MCO, il semble important de rappeler que les établissements de santé mentale sont également demandeurs de la structuration d'une véritable médecine spécialisée de liaison, au-delà de la médecine dite somatique (en neurologie, en cardiologie ou en pédiatrie). On pourrait par exemple très bien envisager la constitution d'équipes mixtes de liaison médecine/psychiatrie, ou d'équipes mixtes de liaison pédiatrie/pédopsychiatrie.

- **Mesure n°7 : Obtenir du Ministère un plan spécifique de reconnaissance, de structuration et de renforcement des urgences psychiatriques.**
- **Mesure n°8 : Obtenir de nouveaux crédits pour développer l'accès aux soins somatiques spécialisés et la psychiatrie de liaison.**
- **Mesure n°9 : Promouvoir les équipes mixtes de liaison MCO-Psychiatrie.**

4/ L'organisation territoriale

La psychiatrie a joué un rôle précurseur et novateur en matière de responsabilité populationnelle et de maillage de proximité.

Ces dernières années, la volonté de mieux coordonner l'offre de soins sur un territoire donné a conduit à multiplier les outils de planification. Citons les GHT, PTSM, CPT, CLS, CLSM, etc. Chaque dispositif diffère par ses acteurs, son périmètre territorial, son fonctionnement et le projet qu'il doit construire.

Dans ce cadre, un même établissement peut appartenir à un GHT et être membre d'une CPT à laquelle appartiennent également des établissements d'un autre GHT, ce qui revient à les associer à d'autres GHT. Ces multiples appartenances peuvent conduire les établissements à s'épuiser à construire plusieurs projets, qui ne seront pas forcément compatibles entre eux et qui généreront un certain nombre de tensions. En outre, chaque outil fait l'objet d'un investissement variable des ARS et les priorités peuvent changer d'une région à l'autre.

Il est alors très difficile de construire une réelle cohérence sur le territoire ; sans parler de la perte de lisibilité que cela génère pour les usagers comme pour les acteurs.

Pour les établissements autorisés en psychiatrie, si le CHFO doit porter les enjeux communs sur l'organisation territoriale, il lui faut aussi tenir compte de la grande hétérogénéité des situations, entre les CHU, les établissements spécialisés et la psychiatrie de secteur dans les CHG (la plus en difficulté avec les petits CHS isolés).

Les PTSM

Le pilotage des PTSM est complexe vu le nombre d'acteurs. La contribution des acteurs médico-sociaux et sociaux et des acteurs de ville est essentielle mais variable selon les territoires. Les gouvernances y sont également très différentes.

Au-delà de la seule question des urgences, l'articulation somatique/psychique reste un enjeu fort (en ville et dans les établissements). Ces questions doivent être intégrées dans la structuration des PTSM.

Il est indispensable d'identifier au sein de chaque GHT, l'établissement chef de file (ou coordonnateur) du Projet Territorial de Santé Mentale, avec à l'appui des prérogatives et des délégations spécifiques de compétences. Cet établissement chef de file ne sera pas systématiquement l'établissement support du GHT.

Les GHT

S'agissant des GHT, à part les 13 dérogations accordées en juillet 2016 et les 3 GHT spécialisés, la situation standard est l'intégration des établissements spécialisés dans les GHT, soit avec un établissement ayant le monopole de cette activité, soit avec une répartition entre plusieurs spécialisés ou généralistes. A notre connaissance, aucun établissement spécialisé en psychiatrie n'est le siège d'un GHT pluridisciplinaire. Cette situation est extrêmement regrettable et devra être revue à l'occasion des prochaines évolutions de la coopération hospitalière.

La perspective de la phase 2 des GHT, en particulier avec la concentration de la GRH médicale sur l'établissement support, soulève les plus grandes craintes. Au stade actuel, le ministère refuse toute prise en compte spécifique à la psychiatrie dans le dispositif qui se met en place.

Structuration de l'offre de soins en psychiatrie

En ce qui concerne l'offre de soins, les notions de proximité / recours / référence peuvent être mieux structurées et articulées. La réforme du régime des autorisations peut avoir un caractère restructurant pour la psychiatrie publique. Le lien avec la question « Hôpitaux de proximité » et avec les CPTS doit aussi être revendiqué.

- **Mesure n°10 : Charger les ARS de fixer un cadre commun aux outils de planification pour maintenir la cohérence au sein d'un territoire.**
- **Mesure n°11 : Identifier au sein de chaque GHT un établissement chef de file du PTSM, avec des compétences spécifiques.**
- **Mesure n°12 : Obtenir, dans le nouveau régime d'autorisation, une reconnaissance des soins de recours et de référence en psychiatrie.**

5/ La question hospitalo-universitaire, la recherche, la formation médicale, la formation de l'ensemble des métiers

L'investissement pour la recherche en psychiatrie et santé mentale demeure très insuffisant. En France, 4 % du budget public pour la recherche médicale est consacré à cette discipline contre 7% en Grande-Bretagne et 16% aux Etats-Unis.

En outre, le financement de cette recherche est deux fois moins important qu'en neurologie alors que le poids épidémiologique des pathologies en santé mentale est, quant à lui, 2,7 fois plus important et leur coût économique 2,1 fois supérieur.

La faiblesse de l'effectif hospitalo-universitaire de psychiatres (en janvier 2018, 113 PU-PH dont une trentaine en pédopsychiatrie sans compter les renforts récents) se traduit par une perception de régression de l'école française. Même si un renforcement intervient, le lien entre la psychiatrie Hospitalo-Universitaire et non Universitaire est une question centrale, avec le risque, sinon, de chercheurs coupés de leurs cohortes. Le nombre de PU-PH, chefs d'un service de secteur reste dérisoire, ce qui ne favorise pas les synergies entre universitaires et non-universitaires. Les services de secteur doivent, en outre, être appuyés dans leurs projets de recherche par des outils concrets (mise à disposition de techniciens d'études cliniques, appui méthodologique...). Si la recherche clinique ne peut être faite par tous, elle doit l'être avec tous (et bien sûr, pour tous).

Enfin, le lien entre psychiatrie Hospitalo-Universitaire et les autres disciplines, médicales comme en sciences humaines, doit être renforcé pour la recherche.

Concernant la formation, même si la richesse des compétences et des innovations doit être soulignée, il existe une insatisfaction sur le niveau actuel de formation des infirmiers, éducateurs, etc. A titre d'exemple, on voit des infirmiers exerçant en psychiatrie refuser de prodiguer des soins somatiques de base, et inversement pour des infirmiers en urgences ou MCO alors que la formation est commune.

La formation des IDE en psychiatrie est appauvrie, avec une centaine d'heures de formation dédiées (hors stage) sur un total de plus de 5000 heures. Par conséquent, les jeunes IDE arrivant dans les services sont souvent déroutés par des patients plus rompus qu'eux à l'exercice de la psychiatrie.

Pour les directeurs, ce champ n'est pas assez investi à l'EHESP. Il demeure un fonds de stigmatisation sur l'exercice en psychiatrie, commun d'ailleurs à l'ensemble des professions, qui enferme trop souvent dans ce seul champ. Il nous paraît, au contraire, que cette expérience permet plus que toute autre d'entrer dans la spécificité du métier de directeur d'hôpital ou médico-social, sur l'organisation des soins, les enjeux de santé publique et de maillage territorial.

- **Mesure n°13 : Augmenter les crédits dédiés à la recherche médicale en psychiatrie et santé mentale.**

- **Mesure n°14 : Poursuivre et intensifier les créations de postes HU en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en addictologie (postes de CCA, de MCU et de PU-PH).**
- **Mesure n°15 : Compléter la formation initiale des élèves infirmiers qui s'orientent vers la psychiatrie et la santé mentale.**
- **Mesure n°16 : Développer l'appui à la recherche clinique en psychiatrie, avec la création de postes d'ARC ou d'IRC dédiés.**
- **Mesure n°17 : Promouvoir la mobilité des DH et des D3S au sein des différents types d'établissements (CHU, CH, CHS, etc.).**

6/ L'évaluation, les référentiels professionnels

La stigmatisation des professionnels, évoquée ici à plusieurs reprises, est un réel enjeu de la discipline. A titre d'exemple, la psychiatrie figure toujours dans les 4 ou 5 spécialités choisies en dernier par les étudiants en médecine.

Pour faire reculer ce phénomène diffus qui touche tous les métiers de la psychiatrie, un des outils serait de renforcer l'évaluation et les référentiels professionnels (pratiques professionnelles, organisations des dispositifs de soins...). Les manques actuels affaiblissent la force de notre plaidoyer ainsi que les capacités à faire évoluer les organisations (micro-innovations non diffusées) et à coopérer.

La HAS semble frileuse pour assumer ce rôle. Le sujet n'est pas consensuel (cf. le récent débat sur l'institut national de psychiatrie), il encourt la critique de « nuit gestionnaire », de dépersonnalisation des soins mais doit être pris à bras le corps.

- **Mesure n°18 : Formaliser, sous l'égide de la HAS et dans un cadre national, des référentiels professionnels sur les pratiques, comme sur les organisations de soins.**