

Année 2009 - n° 21
Août 2009



SOMMAIRE

- **Page 1 :**
Edito
- **Pages 2-3 :**
La remise en cause
actuelle de la psychiatrie
de secteur
- **Pages 3-4 :**
Fragilisation du secteur
- **Pages 4-5 :**
Les services de pédopsy-
chirurgie des hôpitaux
généralistes, les plus
touchés
- **Page 5 :**
Implication sur le choix
des pratiques,
- **Pages 5-6 :**
Fin de notion d'équipe et
du collectif soignant
- **Page 6 :**
La formation
- **Page 7 :**
Conclusions
- **Page 8 :**
Propositions CGT

LA PEDO PSYCHIATRIE



EN DANGER

Les équipes des inter secteurs de pédopsychiatrie sont inquiètes. Leur sort est lié à celui de l'hôpital public dont les missions fondamentales sont aujourd'hui menacées. Les moyens de fonctionnement ne seront plus garantis à l'avenir, du fait de la tarification à l'activité.

Depuis de nombreuses années, la pédopsychiatrie est confrontée à une demande croissante de la société sans que ses moyens ne suivent. Aujourd'hui l'asphyxie budgétaire, au nom du retour à l'équilibre financier dans la majorité des centres hospitaliers, hypothèque les ressources des secteurs infanto-juvéniles. La demande n'a pas diminué, bien au contraire. La pédopsychiatrie se voit même sollicitée pour des missions de plus en plus diverses .

La pédopsychiatrie subit le même sort que la psychiatrie publique et les autres services hospitaliers. Mais avec la menace qui pèse sur le secteur, son avenir est directement remis en question.

Il est donc urgent de proposer une mobilisation spécifique sur l'avenir de la psychiatrie infanto-juvénile en France.

LA REMISE EN CAUSE ACTUELLE DE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR

En France, la psychiatrie publique repose sur une politique de sectorisation qui a fait ses preuves. Elle répond aux besoins de la population et innove dans des pratiques opposées aux anciennes réponses ségrégatives.

La défense de la pédopsychiatrie est corollaire de la défense du secteur dont elle est l'héritière. Les inter secteurs ont été créés il y a moins de 40 ans, ce qui est peu au regard de l'histoire de la psychiatrie.

Les équipes de santé mentale sont très attachées au secteur.

L'identification du secteur à un service assure la cohérence du travail d'une équipe unique autour d'objectifs de santé publique.

Le développement des prises en charge ambulatoires et la prise en compte des besoins de la prévention ont justifié la création de Centres Médico Psychologiques (CMP) spécifiques aux enfants, pour qui, la proximité et la précocité des soins sont essentielles. L'ouverture permise par le secteur vers le partenariat a été également favorisée. Dès le début les liens avec l'école ont été fondamentaux pour repérer les besoins des enfants en matière de santé mentale. Aujourd'hui ce partenariat de terrain est indispensable pour travailler avec les plus petits ou les adolescents qui sont les deux populations considérées comme prioritaires du point de vue de la santé mentale.

L'implantation des CMP a été accompagnée d'une demande croissante de consultations, en lien avec une prise de conscience nouvelle dans la société de la souffrance psychique de l'enfant. Elle a permis de faire émerger une demande d'aide pour les parents.

La pédopsychiatrie publique, en tant que discipline autonome, s'est trouvée identifiée à la sectorisation qui en a fondé l'existence.

La pédopsychiatrie publique et le secteur ont un destin commun.

Le projet de la CGT pour la psychiatrie de 2005 intitulé : «Pour un nouvel élan de la psychiatrie française vers une politique de santé mentale» alertait sur la disparition du secteur.

Notre syndicat rappelait son attachement au secteur et en réaffirmait la modernité.

La circulaire du 25 octobre 2004 ne reconnaît cependant la sectorisation que comme une «organisation fonctionnelle». La circulaire engage une réorientation du travail des équipes de psychiatrie vers des missions ciblées trans ou intersectorielles souvent très spécialisées qui, en l'absence de dotations spécifiques, ne peuvent voir le jour qu'en puisant dans les forces vives du secteur, et en particulier sur les CMP .

Aujourd'hui, les menaces concrètes pour le secteur viennent de la politique hospitalière.

Les nouvelles orientations de l'hôpital s'opposent, point par point, aux objectifs du secteur.

Le Plan Hôpital 2007, qui inaugurerait la mutation de l'hôpital en entreprise, a exclu toute référence à la prévention. On imagine mal une entreprise digne de ce nom menant une politique visant à diminuer la commande de ses productions les plus rentables. Pourtant, la prévention est un axe essentiel de la politique de secteur en pédopsychiatrie pour des raisons évidentes, tenant au développement de l'enfant et au poids des facteurs d'environnement à cette période de la vie. La prévention en pédopsychiatrie, rappelons-le également, a partie liée avec la protection de l'enfance.





La T2A oblige à différencier les pathologies selon leur rentabilité. La sélection des patients est éthiquement condamnable, quelle que soit la discipline. En outre, elle est totalement inconciliable avec la sectorisation psychiatrique qui suppose un accueil de la diversité des souffrances et des pathologies présentées par une population donnée.

L'absence de sélection, selon des groupes de pathologies, est essentielle pour la pédopsychiatrie, tant il est vrai que les organisations pathologiques sont encore mobiles chez l'enfant et ne sauraient être trop précocement figées. La politique de secteur, proposant un accueil large des demandes, est donc particulièrement adaptée aux spécificités cliniques de l'enfant et de l'adolescent, dans une approche dynamique de la psychopathologie, prenant en compte de manière déterminante les facteurs de l'environnement.

Une politique centrée sur la gestion s'oppose frontalement à cette approche cohérente et globale. Elle incite à un choix de pratiques fragmentées, éclatées pour ne pas dire instrumentalisées plus conformes aux exigences comptables.

De manière contemporaine au plan hôpital 2007, était promulguée une loi sur la santé publique où la psychiatrie n'apparaissait que du point de vue sécuritaire.

La pédopsychiatrie s'inscrit pourtant totalement dans une logique de santé publique. Elle aurait énormément à perdre d'une dissociation entre la politique de santé publique, minimaliste en matière de santé mentale, et les objectifs hospitaliers devenus inconciliables avec les véritables missions des inter secteurs.

Même si pour l'instant, la logique de financement ne concerne pas officiellement la psychiatrie, elle pourrait remettre en cause la gratuité de l'accès aux soins. En psychiatrie, les conditions de l'accès aux soins sont décisives et la gratuité est incontournable pour les enfants qui ne sont pas directement demandeurs.

La tendance à la concentration et au regroupement des structures va, à terme, à l'encontre de l'objectif de proximité des soins. Rappelons, là encore, que les déplacements sont plus difficiles pour la population infanto-juvénile.

AU COURS DES ANNEES, LE SECTEUR A ETE FRAGILISE

La diminution régulière des moyens, alors que la demande augmentait, a été à l'origine d'un essoufflement de la dynamique qui a présidé à la création des inter secteurs.

La pédopsychiatrie semble avoir été victime de son succès. Les délais d'attente se font plus longs, souvent de plusieurs mois, les rendez-vous sont de plus en plus espacés.

Ceux là mêmes qui refusent à la pédopsychiatrie les moyens nécessaires, ont vu là une bonne occasion de la décrier.

Le secteur a perdu de sa crédibilité par défaut de moyens adéquats face à des besoins grandissants qu'il a contribué à révéler.

Pourtant, la création de structures plus légères a permis une meilleure adaptation à la demande et une diversification de l'offre de soins tout en facilitant l'accès aux soins.

La diminution des moyens institutionnels a été masquée, en partie, par le développement des institutions médico-éducatives dont le manque était effectivement dramatique.

Le secteur médico éducatif est apparu, pour les pouvoirs publics, comme une alternative aux structures sanitaires. Au contraire, sur les secteurs où les nouveaux établissements sont implantés, ils ont fait apparaître une demande spécifique vers la pédopsychiatrie, que ce soit pour des suivis ambulatoires ou pour des situations de crises. Le redéploiement du sanitaire s'est fait aussi au détriment des structures d'hospitalisation temps plein dont le manque est apparu par la suite.





Les politiques publiques ont été pensées en terme de réponses alternatives et non en termes de complémentarité, comme le nécessiterait une politique de l'enfance cohérente..

Les logiques de gestion des centres hospitaliers, obsédés par la maîtrise comptable des dépenses, ont empêché l'identification de lignes budgétaires clairement attribuées à la pédopsychiatrie.

La création des inter secteurs a été contemporaine de l'arrivée de la rigueur dans l'économie de la santé.

La fragilité des secteurs de pédopsychiatrie était inscrite, dès le départ, dans la grande hétérogénéité territoriale des moyens initiaux. Jamais les inégalités de départ n'ont pu être réellement compensées.

Quel que soit leur intérêt, les seules innovations possibles pour la pédopsychiatrie étaient des transformations de structures coûteuses en moins coûteuses.

Aujourd'hui, un stade critique est atteint. Il ne s'agit plus seulement de dépenser moins, mais il faut dégager des ressources pour combler des déficits.

Les services de pédopsychiatrie sont contraints à contribuer, comme les autres, aux plans ou contrats de retour à l'équilibre financier des hôpitaux.

Ceci explique que la situation des services de pédopsychiatrie soit particulièrement difficile sur les hôpitaux généraux.

LES SERVICES DE PEDOPSYCHIATRIE DES HOPITAUX GENERAUX SONT LES PLUS TOUCHES

La mise en place, à marche forcée, de la T2A et de la « nouvelle gouvernance» dans les hôpitaux généraux, a eu des effets immédiats sur le fonctionnement des secteurs de pédopsychiatrie.

Certes, la T2A n'est pas actuellement appliquée à la psychiatrie, mais les directions hospitalières semblent avoir tout intérêt à faire comme si c'était déjà le cas.

L'annonce d'une « valorisation » de l'activité en psychiatrie (la VAP) n'est pas faite pour nous rassurer.

Comme l'indique le projet de la CGT pour la psychiatrie: la VAP est la T2A de la psychiatrie.

En attendant, la logique budgétaire de rentabilité sert à faire pression sur la pédopsychiatrie.

Mais qui peut réellement croire que la pédopsychiatrie puisse être « rentable» autrement que socialement ? **Le financement de la pédopsychiatrie ne peut résulter que d'une volonté politique.**

En fait, la pédopsychiatrie hospitalière présente un intérêt financier dans la mesure où il s'agit d'une réserve de moyens intéressante.

La gouvernance, deuxième volet du démantèlement de l'hôpital public, facilite, dans le cadre des pôles, la « mutualisation » des moyens pour laquelle le flou sur les budgets réellement affectés aux services de pédopsychiatrie est tout à fait profitable.





Avec la mutualisation de ces moyens qui sont essentiellement extra hospitaliers, la pédopsychiatrie constitue une variable d'ajustement relativement souple.

D'une part, la psychiatrie, dans son ensemble, est plus vulnérable dans les hôpitaux généraux que sur les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS).

La dotation des services dans ces établissements est plus conséquente que celle des services de psychiatrie des CHG dont les moyens sont, en quelque sorte, déjà mutualisés avec « MCO ».

D'autre part, la revendication un pôle = un secteur a été mieux appliquée dans les CHS.

Dans les Centres Hospitaliers Généraux (CHG), les services de psychiatrie ont été regroupés dans un pôle unique. Les services de pédopsychiatrie ont donc été contraints de plus ou moins bon gré, d'intégrer ces pôles, mais sans garantie pour les moyens alloués à la pédopsychiatrie.

UNE IMPLICATION SUR LE CHOIX DES PRATIQUES

En remettant en cause la politique de secteur, nos pratiques ont été, elles aussi, touchées.

Certaines satisfont mieux que d'autres aux besoins d'évaluation et de cotation imposés par les nouvelles nécessités comptables.

Nous pouvons craindre que les orientations psychanalytiques et les projets institutionnels qui s'en inspirent soient marginalisés.

Faudra-t-il privilégier des hospitalisations plus rentables au détriment de suivis ambulatoires, remettre en question le travail de partenariat non facturé ?

La nouvelle gouvernance pèse également lourdement sur le travail d'équipe.

LA FIN DE LA NOTION D'EQUIPE ET DU COLLECTIF SOIGNANT

L'équipe est la base du travail en psychiatrie. En pédopsychiatrie, la dimension pluridisciplinaire est essentielle.

On peut s'inquiéter des incidences du nouveau management et du nouveau rôle des cadres de santé qui ne sont plus réellement intégrés aux équipes. Les réformes font d'eux des auxiliaires, voire des émissaires de la direction, auprès des équipes dans une fonction de contrôle. De nombreux cadres impliqués dans le travail de soins souffrent de cette situation qui met à mal leur identité professionnelle.

Les soignants, eux-mêmes, ont le sentiment que leur métier, leur spécificité et leur expérience ne sont plus reconnus dans le nouveau management.





Les soignants sont à la disposition de l'établissement. Ils doivent pouvoir travailler d'un service à un autre, parfois du jour au lendemain afin de faire face aux pénuries de personnel. Les conséquences en sont redoutables pour la relation enfant-soignant dont la continuité n'est plus assurée.

La disparition du relationnel touche tout l'hôpital puisque cette notion de relation n'a pas de valeur marchande (1). **Le relationnel est l'essence même du travail en pédopsychiatrie.**

Comment des soignants, eux-mêmes insécurisés et infantilisés, pourront-ils garantir la pérennité du lien ?

L'équipe n'étant plus une référence stable, le soutien qu'elle constitue devient plus précaire, surtout lors des prises en charge difficiles.

LA FORMATION

L'identité de la psychiatrie a déjà été mise à mal avec la disparition des formations spécifiques des psychiatres et des infirmiers de secteur psychiatrique.

Il faut faire reconnaître la nécessité d'une formation spécifique de 9 mois, comme le propose la CGT, pour les infirmier(e)s désirant travailler en psychiatrie.

Actuellement ce n'est pas le cas. Des soignants arrivent dans les services, certes pleins de bonne volonté, mais ils n'ont pas les notions de base suffisantes pour exercer en psychiatrie et encore moins en pédopsychiatrie.

Les spécificités théoriques de la pédopsychiatrie et les implications liées au transfert ne doivent pas être sous-estimées. Un travail de supervision doit être intégré dans la formation permanente.

Il faut recréer une culture commune du soin basée sur des conceptions psychopathologiques partagées entre les différents membre de l'équipe.

Malheureusement, les budgets de formation ont trop souvent tendance à prioriser les formations liées au management .

(1) Voir le Dossier paru dans le n° 608 du magazine « Marianne » du 13 au 19 décembre 2008)

CONCLUSIONS

On est face à un discours réellement schizophrénique. D'une part, la pédopsychiatrie est invitée à développer des actions de santé publique, les missions qui lui sont confiées sont de plus en plus nombreuses et variées. Les tutelles, que ce soient les ministères ou les ARH, portent ce discours sans en assumer les contradictions : la pédopsychiatrie publique continue à être gérée par des hôpitaux auxquelles ses missions sont aujourd'hui totalement étrangères.

Le développement de la pédopsychiatrie publique exige une politique ambitieuse et volontariste et ne peut être confiée aux seules lois d'un marché réglé par la T2A.

D'autre part, elle ne saurait, non plus, se réduire à la mise en œuvre de programmes de santé centrés sur quelques troubles, dont les débats autour de malencontreuses enquêtes de l'INSERM ont montré la pertinence discutable. Si pour certains troubles, les «centres de référence» ont un intérêt, ils ne peuvent pas remplacer les CMP.

Les secteurs de pédopsychiatrie sont les meilleurs observatoires que nous connaissons pour évaluer les besoins en santé mentale infanto-juvenile.

Ils représentent le premier lieu où s'est portée une demande de la société ces dernières années.

La psychiatrie publique, avec son maillage de CMP, est bien repérée par la population, ainsi que par les partenaires institutionnels.

Il n'est donc pas étonnant, qu'aujourd'hui, les élus locaux ou les représentants de la politique de la ville valorisent souvent mieux notre action que nos administrations hospitalières paralysées par leurs dérives comptables.

Les critères prenant en compte les besoins et les caractéristiques de la population doivent, avant tout, servir à l'attribution des moyens des secteurs.

La confusion entre les champs sanitaires et médico-sociaux, qu'ils soient privés ou publics, proposée par la loi « Hôpital, Santé, Patients et Territoires » va contribuer à faire disparaître la notion de service public de santé au profit du vague concept de missions de service public qui ne supposerait plus un statut public des institutions. Accentuant ainsi le glissement d'une partie des missions de la psychiatrie vers le médico-social, le risque est fort d'une requalification des pathologies dans le champ du handicap.

La régression de l'offre de soins peut servir de prétexte démagogique à une généralisation de l'intégration scolaire en méconnaissant la souffrance psychique de l'enfant.

La prévention en pédopsychiatrie doit être mise en perspective avec les besoins repérés par les équipes de soins qui, en aval, en mesurent l'opportunité.

La séparation des soins et de la prévention ferait perdre tout son sens à la psychiatrie du bébé intégrée, aujourd'hui, dans la pratique de beaucoup d'équipes de secteurs.

On peut en dire autant du travail, en amont, pour les adolescents, tellement la question de l'accès aux soins est difficile pour eux.

La CGT propose la création d'établissements psychiatriques publics de santé (EPPS) pour administrer les équipes et les secteurs de psychiatrie publique quel que soit le lieu de leur implantation et sans privilégier l'hospitalier par rapport à l'extra hospitalier. Cette revendication semble aujourd'hui trouver de plus en plus d'écho chez les personnels y compris les médecins confrontés aux dérives gestionnaires, en particulier dans les hôpitaux généraux.

Cette solution devrait garantir l'unicité du cadre statutaire hospitalier pour les différents personnels.

Les EPPS permettraient la gestion de moyens alloués sur la base de critères démographiques et des besoins de la population. Ces moyens doivent constituer la base du budget de la psychiatrie. D'ailleurs, les MIGAC(1), au-delà de leur annonce, n'apparaissent quasiment plus dans les hôpitaux, tellement le chœur des dévots de la T2A est devenu assourdissant.

L'alerte sur les dangers que court la psychiatrie infanto-juvenile est due à l'urgence de la situation actuelle de nos hôpitaux. Ces inquiétudes sont très largement partagées chez les professionnels. Le récent éditorial de Jean Louis LE RUN dans la revue Enfance et PSY est très significatif de ce malaise : «... un cadre hospitalier, directement issu de l'idéologie actuelle de la gouvernance d'entreprise, condamne à brève échéance la pédopsychiatrie, en niant sa spécificité et ses acquis, en particulier la nécessité d'une cohésion avec les autres institutions que sont la protection de l'enfance, l'école, la justice des mineurs...».(2)

C'est toute la psychiatrie publique qui est en danger avec la disparition du secteur.

La politique hospitalière actuelle s'oppose aux objectifs du secteur. Ceux-ci permettraient pourtant d'intégrer des objectifs de santé publique à ceux de l'hôpital, ce qui aurait pu inspirer, à terme, une réforme d'ensemble de l'hôpital public.

(1) MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation.

(2) Enfance et PSY N° 39 2008 (p. 6-9) - Editions Eres.

PROPOSITIONS

- Il faut sortir de l'incohérence entre les objectifs de santé publique affichés et la logique financière des hôpitaux basée sur des objectifs d'activité et de rentabilité.
- Il faut développer des instances de coordination et de concertation pour la santé mentale à tous les niveaux du territoire, en garantissant une représentation réelle des organisations syndicales et un fonctionnement démocratique.
- Il serait opportun de se saisir des possibilités offertes par les conseils de secteur ou des conseils locaux de santé mentale. L'expression des équipes de santé mentale de terrain et des élus est essentielle. Ces instances doivent, à chaque niveau, permettre d'intégrer les besoins identifiés de la population dans les objectifs de l'hôpital.
- Il faut réactualiser un plan d'urgence pour la psychiatrie, sollicité déjà en 2005 par la CGT. La pédopsychiatrie souffre, en premier lieu, des mêmes difficultés que la psychiatrie générale.
- La formation doit avoir une place nouvelle où les spécificités théorique et pratique sont reconnues. Le travail de supervision et d'élaboration doit être intégré dans la formation continue.
- Les EPPS devraient, dans un cadre garantissant les statuts des personnels médicaux et non médicaux, assurer une lisibilité et une pérennité des budgets de la psychiatrie par secteur.
- Il faut des budgets dédiés et repérables pour la psychiatrie infanto-juvénile. Il est indispensable d'avoir des garanties sur les moyens pour la pédopsychiatrie, et de retrouver les moyens perdus ces dernières années. Un état des lieux des moyens réellement disponibles dans les hôpitaux serait nécessaire.

Pour la CGT, la sectorisation psychiatrique n'est pas dépassée. Sa défense est essentielle à l'avenir de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie en France.