

Lyon, le 14 juin 2021

## ASSISES DE LA PSYCHIATRIE CONTRIBUTION DE L'AdESM

### L'avenir de la psychiatrie

### Choisir et décider par nécessité de transformer

**Constats et rapports se sont multipliés depuis déjà au moins une décennie. Nous considérons que ces données sont connues et nous nous focaliserons sur les solutions.**

**Les Assises de la psychiatrie constituent une première étape bienvenue, mais dont la méthode, la temporalité et le contexte exigeront sans doute d'approfondir l'ambition, face à la nécessité.**

#### ➤ Nécessité de formuler une politique globale et nationale de psychiatrie

Cette affirmation constitue la base du plaidoyer de l'AdESM depuis 2015. Parce que la crise de la psychiatrie est à la fois une crise systémique de modèle et une crise de mutation. Le modèle de référence depuis 60 ans a cessé de produire ses effets, parce que les besoins de santé publique ont changé dans une société qui a profondément muté ; mais aussi parce que les politiques publiques et les acteurs de la psychiatrie portent la responsabilité conjointe de ne pas avoir procédé en temps voulu à la modernisation du modèle. La crise actuelle s'est aggravée à partir du milieu de la décennie 2010, en raison principalement de l'augmentation de la pression sur le modèle ; externe avec l'affirmation de la demande des usagers, interne du fait de l'accélération de certaines mutations de la clinique ; enfin au motif de l'inadéquation croissante aux besoins de la ressource courante et d'investissement, en raison des effets cumulés des mécanismes de financement en vigueur et des plans d'économies successifs.

C'est donc pourquoi les prochaines Assises de la psychiatrie ne sauraient constituer qu'une étape dans le processus de modernisation. L'approche retenue par thématiques prioritaires devra aussi éviter le risque des modèles seulement médicaux, segmentés par pathologies ou populations, voire par dispositifs, alors que l'enjeu est donc systémique.

**C'est d'une loi de programmation de la psychiatrie dont nous avons besoin.**

➤ Consécutivement et à termes immédiats,

- 1) **Nécessité de mener à son terme pour 2022 la réforme du financement**, sans faiblir sur les leviers contributifs à la transformation de l'offre.

**Remettre à niveau les ressources des établissements du Service public de psychiatrie (proposition FHF)**, notamment parce qu'un modèle ambulatoire et inclusif ne saurait être moins coûteux qu'un modèle hospitalo – centré.

- 2) **Nécessité de finaliser rapidement et en cohérence la réforme du régime des autorisations d'activités de soins en psychiatrie, garantissant**

- l'accessibilité et la cohérence territoriale de l'offre,
- l'interdépendance et la coresponsabilité des offreurs de soins quand cela est nécessaire,
- la continuité des parcours de soins, exigeant la définition d'un modèle de gradation clinique des soins et non pas seulement des dispositifs, intra territoriale et inter territoriale.

➤ Sur ces bases engager la définition systémique de la modernisation de l'offre clinique et de soins en psychiatrie,

- 3) **Nécessité d'opérer un choix politique et de société entre un modèle d'abord hospitalier et un modèle d'abord ambulatoire et inclusif.**

On demande en effet en même temps à l'institution psychiatrique d'achever sa mue ambulatoire pour devenir inclusive dans la santé mentale, tout en restant une des institutions du contrôle social, voire en tendant à renforcer la fonction d'enfermement de l'hôpital ; dont il est toutefois exigé au prix d'une autre contradiction qu'il révise ses pratiques internes de restriction des libertés des patients. Ceci n'est plus tenable dans la durée et contribue à faire échec à la mutation. Ceci fait aussi obstacle à la redéfinition des fonctions de l'hospitalisation et à l'émergence de nouveaux plateaux techniques hospitaliers. Enfin, concilier un hôpital psychiatrique « à la française » et un modèle ambulatoire « anglo saxon » n'est pas supportable financièrement.

*Immédiatement, depuis 2020, la question des pratiques d'isolement et de contention, consécutive à deux Questions prioritaires de constitutionnalité, constitue le révélateur de cette contradiction et de ces tensions. L'AdESM a énoncé sa position de synthèse dès janvier 2021 et transmis ses propositions concrètes à la DGOS et à la Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie. Il ne serait pas compris par les acteurs que l'enjeu des libertés publiques et des droits des patients reste absent des Assises de septembre.*

#### **4) Nécessité de déterminer un modèle efficient de régulation de la discipline et de pilotage de l'offre de soins en psychiatrie.**

Les constats que nous opérons, rendus plus aigus par l'immédiateté de la réforme du financement et celle des autorisations d'activités de soins, exigent d'abord une définition améliorée des compétences et responsabilités respectives des niveaux central et régional des services de l'Etat ; niveau régional de régulation dont il est attendu un réinvestissement indispensable dans les compétences en psychiatrie et santé mentale.

Ils nécessitent ensuite l'émergence et l'affirmation d'un niveau de régulation territoriale, qui devra entrer en cohérence avec l'échelle des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), essentiellement départementale. La dynamique et la qualité des PTSM pourraient faire postuler que partie de cette régulation - là soit confiée directement aux acteurs, selon un principe d'horizontalité. Il conviendra de tenir compte également de la responsabilité territoriale propre aux établissements du service public, induite par la politique de secteur et assise réglementairement sur la zone d'intervention confiée à chaque hôpital. Celle – ci est fondatrice d'une responsabilité populationnelle sans doute la plus aboutie de toutes les disciplines médicales, traduite concrètement dans l'organisation territoriale de l'offre de soins et confirmée par le nouveau mode de financement dès 2022.

Egalement, en raison de l'interdépendance du champ sanitaire avec ceux social et médico-social pour la construction des parcours de soins et de vie, notamment dans la cité, la place et la participation des départements et métropoles à la régulation et au pilotage régional et territorial restent encore en attente d'un essai de définition concrète. Alors que les synergies sont indispensables, d'une part pour les volets prévention et repérage précoce, d'autre part au bénéfice de la partie de la patientèle souffrant de pathologies chronicisées associées à un handicap.

Pour l'ensemble de ces motifs et en raison des limitations persistantes que nous constatons, nous nous rangeons à la **nécessité de créer une Agence nationale de la psychiatrie et de la santé mentale**, étroitement articulée aux ARS. Justement aux motifs que les enjeux sont à la fois politiques, complexes et techniques, globaux et systémiques. **Ceci exige unité, continuité et fermeté de vision et d'action.**

#### **5) Nécessité d'activer les 6 principaux leviers de la transformation de l'offre soins de psychiatrie**

##### **A) Valider, diffuser et appliquer les bonnes pratiques cliniques et de soins.**

A l'exemple de la plupart des pays voisins comparables, la France doit nécessairement engager cette étape sans laquelle la modernisation et la qualité des soins ne sauront être garanties. C'est une attente et une exigence affirmées par tous les jeunes professionnels et une condition de leur engagement durable dans la discipline. La Haute Autorité de santé - HAS doit être mandatée pour piloter ce processus et aller au – delà des bonnes pratiques d'organisation.

##### **B) Actualiser les connaissances et développer les compétences.**

La réforme du DES de psychiatrie doit être ambitieuse et menée à son terme, pour la psychiatrie des enfants et des adolescents, comme pour celle des adultes, des personnes âgées, des urgences et du champ médico – légal. Attractivité de la discipline et exigence de formation sont consubstantielles. La qualité des terrains de stage hospitaliers implique aussi

de déterminer les modalités de l'arrimage des principaux EPSM sans valence universitaire à l'université, au moins dans tous les cas de proximité territoriale avec un CHU. C'est également une condition plus générale de développement de la qualité et de la pertinence de l'offre de soins des premiers.

Concernant les paramédicaux, au premier chef les infirmiers, outre le déploiement plus résolu des Infirmiers de pratiques avancées – IPA, c'est l'ensemble de la formation qui doit maintenant être rénovée, initiale dans les IFSI, et au moment de l'accès à un premier emploi en psychiatrie. Sur ce second point, il convient manifestement de donner un cadre national et obligatoire aux formations dites d'adaptation à l'emploi, sous forme d'un référentiel théorique et pratique au minimum de 3 à 6 mois. Il conviendra d'appréhender aussi les compétences attendues des psychologues, et des universités qui les forment, en regard des modèles cliniques à implémenter dans les établissements, comme cela commence d'être le cas pour l'autisme et les TND au titre du IV<sup>e</sup> Plan.

L'exigence d'actualisation des connaissances et des compétences constitue avec évidence une condition majeure de la mutation des pratiques. Gageons enfin que les risques psycho sociaux s'enracinent dans l'immobilisme et la perte de sens, et non pas dans le changement transparent et bien mené ; il en va de même de l'attractivité et de la qualité de vie au travail.

**C) Approfondir le rôle et le place des patients et des aidants.**

Les expériences disponibles ou en cours en France depuis quelques années démontrent que la mutation du système est complètement interdépendante de la capacité des patients et des aidants à peser sur les choix de transformation, puis à participer à leur mise en œuvre ; y compris depuis l'intérieur des institutions et jusqu'au sein même des équipes de soins, ici auprès de leurs pairs, et notamment dans les phases de crises et/ou d'entrée dans la maladie, comme un des facteurs de son pronostic. Si on considère comme soldées ou sur le point de l'être certaines pesanteurs passées vis-à-vis des patients et de leurs familles, il appartient même à la psychiatrie de faire modèle et dès lors de se porter en éclaircur de l'expérience et de la ressource des patients ; pour optimiser la pertinence et l'efficacité de la réponse à leurs besoins exprimés et reconnus comme tels.

**D) Elever l'exigence de qualité des soins.**

La discipline doit poursuivre et amplifier la démarche engagée pour développer la pertinence (y compris en neuro psycho pharmacologie) et la qualité des soins, ainsi que leur évaluation. Elle doit approfondir et faire valoir ses spécificités dans le champ hospitalier, c'est-à-dire, d'une part centrer les processus qualité sur les parcours ambulatoires et inclusifs qui concernent l'immense majorité de la patientèle ; d'autre part viser à l'exemplarité pour structurer l'évaluation de la qualité des soins à partir de celle de la satisfaction des patients et de la préservation de leur autonomie fonctionnelle.

**E) Lancer un grand plan d'investissement pluriannuel pour permettre la modernisation de la psychiatrie.**

Il s'agit en premier lieu de mener à son terme la rénovation du parc hospitalier, inachevée depuis la décennie 2000 et le tout début des années 2010. Avec des besoins encore manifestes d'humanisation des unités d'hospitalisation et un état technique et sécuritaire du bâti et des réseaux trop souvent préoccupant. Au-delà, la politique d'investissement devra accompagner la nouvelle définition des plateaux d'hospitalisation, et des futurs

plateaux techniques hospitaliers de psychiatrie des établissements de recours. Il devra surtout en aller de même pour les investissements dans le parc extra – hospitalier, notamment pour l’adapter aux nouvelles orientations et dispositifs d’offre de soins. Enfin, la mobilité des équipes, l’interopérabilité et la télépsychiatrie constitueront un volet majeur de la déclinaison du plan « Hôpital numérique » en psychiatrie.

Il convient de souligner la nécessité de rattraper un retard devenu structurel de l’investissement en psychiatrie, aux causalités multiples, et la probabilité que les programmes en cours de reprise de la dette comme de relance de l’investissement hospitalier ciblent trop peu les besoins de la discipline, de ses établissements, professionnels et patients.

**F) Donner la priorité à l’exigence d’un champ académique et universitaire, et à une recherche clinique de haut niveau, comme conditions de la modernisation.**

Il a été fait le choix de ne pas aborder ici la nature des référentiels cliniques et de soins qui ont commencé de se déployer et dont la progression doit être amplifiée.

Egalement, les enjeux universitaires et académiques, notamment l’attractivité médiocre de la discipline, tout comme la nécessité de relancer la recherche en psychiatrie, ont déjà été décrits par ailleurs.

Les responsables des établissements du service public de psychiatrie veulent ainsi souligner leur pleine conscience que la modernisation de l’offre de soins et la réalisation des conditions nécessaires à son aboutissement, telles que décrites précédemment, exigent au plus vite un investissement très important et constant en faveur des universités - y compris des effectifs universitaires – qui forment les nouveaux professionnels médicaux, paramédicaux et psychologues, et contribuent de façon majeure à la recherche. C’est également pourquoi le futur modèle de gradation des soins de recours devra pleinement intégrer la dimension universitaire et que l’articulation des EPSM au champ académique exige d’être considérée.

**LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE CONSTITUENT UNE  
GRANDE CAUSE NATIONALE DANS TOUTE SOCIETE DEVELOPPEE.  
DONNONS- NOUS LES MOYENS DE REUSSIR CET ENJEU.  
POUR NOS CONCITOYENS...**

Pour le Bureau National

Pascal Mariotti,

Président de l’AdESM