

Bréviaire d'accompagnement de la psychiatrie moribonde



Ne croyez pas que le secteur de psychiatrie échappe au bulldozer de la loi HPST.

Le moulin à broyer du service public pour enrichir le privé commercial va aussi sévir sur le secteur. Seulement le cas est plus compliqué.

La T2A comme on s'y attendait s'est avérée imparfaite alors les penseurs survoltés du ministère inventèrent la valorisation de l'activité psychiatrique, VAP, et totalement envapés pour l'occasion le RIM-P. Hélas, trois fois hélas tout ça ne va pas assez vite pour la FHP, fédération hospitalière privée, alors le ministère eut la géniale idée de faire appel à l'agence ad hoc, la MEAH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier), officine généreusement rétribuée à hauteur de 13M d'euros (ça en fait des postes budgétaires tout ça !) par an avec nos cotisations.

Et c'est chose faite, nos têtes d'œuf ont enfin trouvé la mère de toutes les usines à gaz pour charcuter jusqu'à la moindre tâche. Et ça s'appelle : « Les indicateurs en psychiatrie, analyse de l'activité mesure de l'efficience. »

Vous craignez le pire, ça se voit que vous ne connaissez pas la TAP, tarification à la performance...

Avec ça faudra au moins un assistant vidéo pour filmer le quotidien des soignants pour savoir ce qu'il faut facturer à la fin de la journée. Mais là n'est pas l'objectif, tout le monde aura compris qu'il ne s'agira pas de financer les soins mais d'aller au moindre coût pour le public quitte à l'étrangler financièrement un peu plus, et surtout créer les outils pour apporter de nouvelles ressources au privé lucratif.

Rapports après projets plus la peine de vous en donner l'exergue, c'est toujours plus loin dans l'économique toujours moins dans l'humain et moins de social.

Une seule conclusion, leurs projets ne sont ni amendables ni négociable ! Il faut se battre pour leur retrait !

Pour fêter l'année 2009 et la mise en place définitive de la T2A en psychiatrie, la MEAH, mission d'expertise et d'audit hospitalier, sous-traitant à un cabinet privé, vient de sortir son bréviaire d'acheminement de la psychiatrie vers sa fin.

L'an dernier, c'était la RIM-P. Ce document en est la suite. C'est d'ailleurs dans le recueil des données de la RIM-P qu'il trouve les données à partir desquels les indicateurs sont calculés.

Dans ce cadre, un groupe de travail inter hospitalier a été chargé de proposer des indicateurs pertinents de mesure et d'analyse de l'activité en psychiatrie, ainsi que des indicateurs de mesure de l'efficience de l'organisation. Ceux qui ont crû à l'innocuité de la RIM-P en découvriront, nous l'espérons, cette fois, le danger mortel pour une psychiatrie humaine.

Mais le plus triste dans cette affaire, c'est que des professionnels de psychiatrie aient participé à cette imposture.

Presque 80 pages de tableaux vont se succéder pour cerner trois types d'indicateurs visant à mettre sous tutelle les pratiques en psychiatrie, aussi bien en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie, les transformer radicalement et ainsi produire une psychiatrie qui reviendra à son origine : l'exclusion et l'enfermement, sauf que ceux-ci n'auront plus les mêmes origines ni les mêmes effets qu'auparavant, du fait que nous ne vivons plus dans le même contexte.

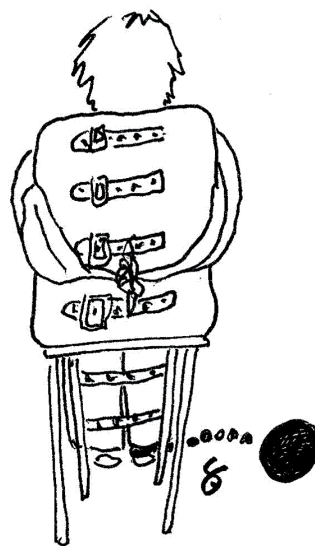
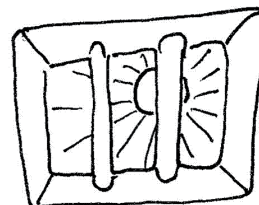
Tout le monde connaît déjà le grand virage sécuritaire de la psychiatrie qui, parallèlement, à l'objectif toujours affirmé de réduire l'hospitalisation complète à des séjours de plus en plus brefs et de plus en plus rares, nous propose d'enfermer de plus en plus les gens y compris au cours de l'hospitalisation (chambres d'isolement, services fermés, bracelets électroniques, caméras ...) et même à leur domiciles sous formes de soins obligatoires. Il pourra être fait appel à la police si nécessaire et, avec l'assistance du bracelet électronique et du GPS, nous auront, en fait, des Groupements de Police des Soins ou encore des Groupements de Psychiatrie Sécuritaire.

Mais, l'appât sécuritaire qui attrape beaucoup de monde, ou en fait se révolter un certain nombre, mérite un peu plus d'attention et de réflexion. En effet le texte que nous commentons ici risque bien de s'épanouir à l'ombre du chiffon brun sécuritaire d'autant plus qu'il lui offre un terreau fertile.

Il est bon de rappeler que si nous en sommes arrivés là, ce n'est pas le fruit du hasard. Le travail en psychiatrie a subi depuis des années la logique purement économique qui vise à réduire les coûts et donc les personnels qui sont touchés autant dans leur nombre que dans la qualité de leurs formations.

Les slogans d'une psychiatrie citoyenne tendant à supprimer l'hospitalisation ou à la réduire à la seule mise en place d'un traitement médicamenteux fait facilement abstraction de la complexité des difficultés psychiques et de la folie. Et, il est pour le moins curieux qu'on est arrivé à éliminer du champ psychiatrique la visée de la guérison et le sens qu'elle peut prendre en psychiatrie. La complexité des humains mérite mieux que des formules aux relents d'une anti-psychiatrie aveugle et mieux qu'une idéologie sécuritaire tout aussi aveugle et, en plus haineuse et démagogique.

À DÉFAUT
D'HÔPITAL



Y'AURA
TOUJOURS
LA PRISON

Il aura fallu la généralisation d'une clinique des troubles et des comportements statistisés pour que les malades les plus graves soient exclus de l'hôpital sous prétexte que leur cas n'est plus considéré comme relevant de la psychiatrie puisqu'on n'a pas su reconnaître précisément la gravité de leur cas. Le DSM IV a liquidé les névroses et les psychoses. Il a ainsi participé au rejet de l'hôpital et des soins ceux qui se retrouvent affublés de troubles psychopathiques ou qui ne se plient pas facilement aux soins rentables et disciplinés.

Le terme de chronique, si répandu, fait qu'on ne parle plus aux patients, qu'on ne pense même plus aux effets d'une ouverture à la parole, en dehors de quelques questions standardisées visant à vérifier l'efficacité d'une chimiothérapie ou, très bientôt, du retour en force de la psychochirurgie avec des électrodes plantées dans le cerveau.

Il n'est donc pas étonnant que des cas de meurtres défraient la presse. Pourtant ces articles lorsqu'ils sont bien faits peuvent montrer à tous que le travail n'a pas pu être fait comme il aurait dû l'être dans une psychiatrie soucieuse du cas particulier, de sa prise en charge au plus près de l'évolution de chaque cas.

L'objectif est que nous ne pensions plus la folie. La science, les techniques de surveillance et la police devraient s'y substituer ! Mais a-t-on mesuré les conséquences humaines d'un tel aveuglement ?

Il y a urgence à déchiffrer ce qu'on nous propose.

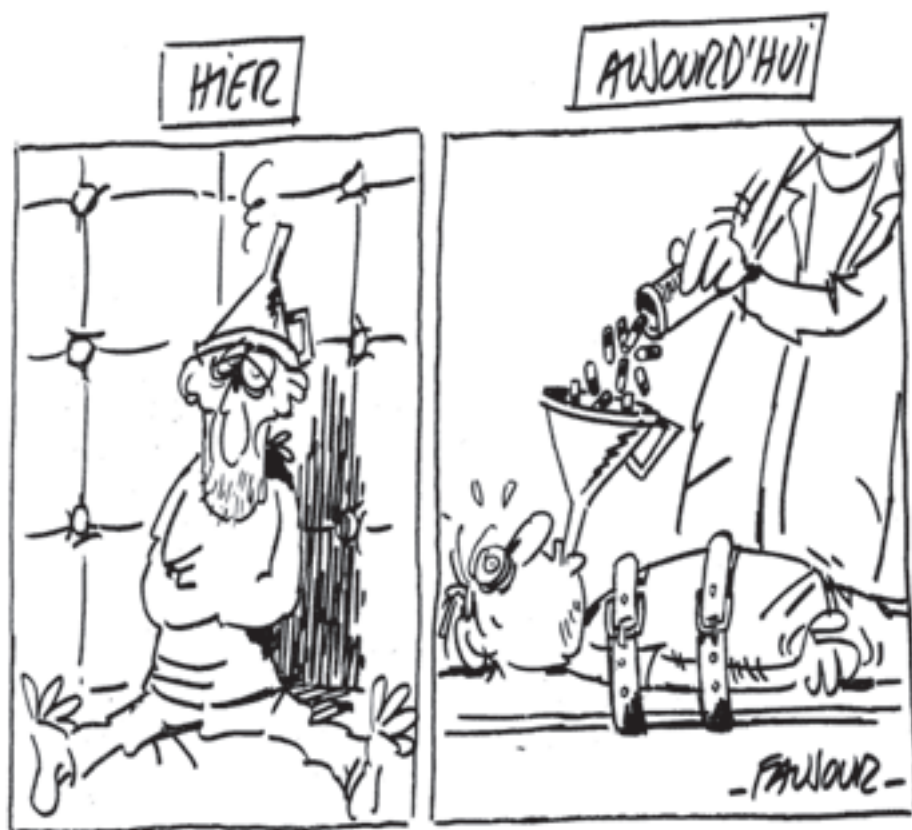
Il faut mesurer les effets d'une dégradation de la clinique pour comprendre le retour d'une psychiatrie sécuritaire, incapable de penser l'acte, le passage à l'acte, dans ses différentes dimensions et contrainte.

Il faut mesurer les effets d'une liquidation de la psychanalyse dans le milieu psychiatrique.

Il faut mesurer les conséquences d'une perspective économico-technique des soins en psychiatrie.

Tout ceci conduit au virage sécuritaire, au contrôle des populations, à l'enfermement des « dangereux malades mentaux », à une incarcération de la pensée autant que des corps.

Et les malades mentaux ne seront pas les seuls concernés.



ALORS QUE NOUS PROPOSE CE BRÉVIAIRE DE LA MAEH ?

LES INDICATEURS EN PSYCHIATRIE

Analyse de l'activité, mesure de l'efficience

Trois grands principes ont guidé les travaux :

- Privilégier les indicateurs quantitatifs,
- Privilégier le RIMP comme principale source d'information,
- Distinguer les indicateurs d'activité en fonction des différents types de prise en charge :

PRODUIRE DU CHIFFRE, DE LA QUANTIFICATION : TROIS INDICATEURS, CITONS :

- **Indicateur d'activité:**

Il s'agit d'un indicateur de mesure quantitatif de la réalité opérationnelle de la prise en charge des patients selon les différents modes (temps complet, temps partiel, ambulatoire).

- **Indicateur d'analyse:**

Indicateur quantitatif de mesure des principaux paramètres ou inducteurs influant sur le niveau de l'activité, il vise à comprendre et analyser le niveau d'activité constaté par rapport à celui attendu ou normatif.

- **Indicateur d'efficience:**

L'indicateur d'efficience défini dans le cadre des réflexions du groupe de travail met en regard l'activité constatée avec les ressources mises en œuvre pour la produire.

Le tableau suivant présente les différents indicateurs :

Globalement :

- 19 indicateurs d'activité
- 12 indicateurs d'analyse
- 30 indicateurs d'efficience

Pour la psychiatrie adulte :

- 16 indicateurs d'activité
- 12 indicateurs d'analyse

Pour la pédopsychiatrie :

- 11 indicateurs d'activité
- 10 indicateurs d'analyse

Pour le temps complet :

- 8 indicateurs d'efficience

Pour le temps partiel :

- 12 indicateurs d'efficience

Pour l'ambulatoire :

- 11 indicateurs d'efficience



D'emblée le parti pris est affiché, il s'agit d'imposer des critères quantitatifs. Mais il s'agit surtout d'imposer des critères quantitatifs très différenciés, pour mesurer l'activité de la psychiatrie uniquement sous l'angle de la quantification. C'est bien sûr le fondement même de la T2A. Mais serait une grave erreur de s'arrêter à ce critère.

Nous avons crû jusqu'à maintenant que la T2A visait le maximum de rentabilité, ce qui nécessitait une nouvelle organisation des soins (Nouvelle gouvernance, nouvelle loi hospitalière à venir) avec ajustement perpétuel entre les moyens et l'activité pour parvenir au maximum de rentabilité, mêlant privé et public, avant que ce dernier ne disparaisse définitivement.

Mais voilà que le nouvel objectif d'efficience, en fait de performance vient définir le nouveau but à atteindre.

Non seulement nous devons produire de la rentabilité mais elle doit être performante c'est-à-dire se comparer à d'autres performances. La loi du marché !

Une telle conception liquide une conception humanisée des soins et programme le rejet, le tri, l'enfermement.

Nous avons tous entendu le discours : « il y a assez d'argent dans la santé, ce qui manque c'est une nouvelle organisation »

Eh bien, tous celles et ceux qui travaillent en psychiatrie doivent savoir que cette nouvelle organisation s'appuiera sur les indicateurs que nous présentons dans ce texte.



INDICATEURS D'ACTIVITE :

En fait ce sont des indicateurs faits pour mesurer les quantités respectives d'activité dans les trois domaines : hospitalisation complète, prise en charge à temps partiel, ambulatoire. Il s'agira de mettre chacun de ces indicateurs en rapports avec les deux autres (indicateurs d'analyse et de performance), toujours dans la perspective de démontrer que l'ambulatoire est insuffisant et que nombre de patients pourraient être pris en charge par le social et le médico-social.

Les premiers indicateurs d'activité sont la file active et la file active pondérée. La première concerne le nombre de patients ayant au moins été vus une fois dans l'année soit en hospitalisation complète soit en temps partiels ; la seconde concerne seulement l'ambulatoire.

Il est intéressant de noter que pour l'hôpital de jour (HDJ), la file active doit être inférieure au nombre de places autorisées. C'est pour le moins surprenant ! En fait, la lecture du document va très vite nous éclairer d'autant qu'on nous précise que cet indicateur doit être examiné à la lumière d'autres indicateurs comme le taux d'hospitalisation de la file active, le taux de première hospitalisation, le taux de réhospitalisation, l'indicateur de prise en charge multiples, le taux de renouvellement de la file active. Il s'agit donc de croiser indicateurs entre eux. Mais pourquoi ?

Pour limiter les prises en charge, les trier afin de produire une organisation performante, efficiente !

On va très vite s'en apercevoir avec la durée moyenne de séjour. S'il y a augmentation de la DMH cela veut dire qu'il n'y a pas assez d'ambulatoire et trop de pathologies consommatrices de soins et qu'il faut examiner les possibilités du côté du social (hébergement).

Dès les premiers tableaux nous avons là toute la philosophie de ce bréviaire : produire des chiffres qui nous montrent que nous ne sommes jamais dans les clous ! Jamais assez d'ambulatoire, de recours au social ou au médico-social.

Le Taux d'occupation des lits. Il ne doit pas dépasser les 85% (valeur cible). Le dépassement signifie là encore que l'ambulatoire pourrait être insuffisant.

L'indicateur suivant est la part d'ETP affecté à l'hospitalisation temps plein dont la valeur cible est la moyenne des deux ou trois années précédentes. Il s'agit là d'une part de ne pas augmenter les effectifs qui doivent rester ceux des années précédentes.

L'indicateur suivant est le nombre de journées d'hospitalisation. Sa valeur cible est le chiffre figurant au SROSS . Ce chiffre est le cumul du privé et du public. Il s'agit de mesurer le recours à l'hospitalisation complète afin de mettre cet indicateur en rapport avec des indicateurs d'analyse que sont le taux d'hospitalisation de la file active, le taux de réhospitalisation et le taux de première hospitalisation. Mais cela ne saurait s'arrêter là. Il faut mettre en rapport l'hospitalisation avec le diagnostic et les capacités d'accueil dans médico-social et donc recenser les hospitalisations inadéquates par défaut de possibilité d'accueil dans ce dernier secteur.

En clair, certaines pathologies ne devront plus bénéficier d'une hospitalisation complète et devront être prises en charge ailleurs. Il s'agit de poursuivre le transfert du sanitaire au médico-social avec l'appui des chiffres !

Les deux indicateurs suivants sont ceux du nombre de venues en HDJ et de demi-venues en CATTP. Ce nombre doit être rapproché du nombre de venues ou de demi-venues par patient, du nombre de séquences associées et de séquences parallèles.

Ce qui signifie qu'on doit veiller à limiter ces nombres et particulièrement à éviter de faire, pour un patient, un usage trop intensif de ces deux structures que le patient ne soit plus hospitalisé ou le soit. Tout le monde aura compris qu'il s'agit d'optimiser l'usage fait des personnels dans chacune de ces structures. Si nous voulons faire des économies, être performants, nous devons savoir trier les pathologies, et les traiter en consommant le minimum de personnels. Il faut donc éviter les séquences parallèles et les séquences associées

Parmi les derniers indicateurs d'activités sont le nombre d'entretiens médicaux et non-médicaux au CMP. Ils doivent être rapprochés de celui qui chiffre le nombre d'entretiens par patients et de la file active. En ce qui concerne les entretiens non médicaux, leur nombre doit être mis en rapport avec le nombre de personnels affecté au secteur et à la file active (hospitalisation complète et prises en charge à temps partiel).

Ces chiffres serviront à justifier le rétrécissement de l'intra hospitalier !

Voici un élément de preuve supplémentaire du pousse à l'abandon du travail au cours de l'hospitalisation alors qu'on sait que le travail qui pourra se faire au CMP dépend pour nombre de patients de ce qui s'est joué au cours de l'hospitalisation. D'autre part, il ne fait guère de doutes qu'on rapprochera ces chiffres des indicateurs de pathologies suivies afin de stigmatiser les pathologies trop consommatrices de soins.



La performance suppose de pouvoir accueillir le maximum de nouveaux patients. L'indicateur nécessaire est donc le nombre de nouveaux patients qui est à mettre en rapport avec le taux de renouvellement de la file active.

Et puisqu'il s'agit de tout axer sur l'ambulatorio, il est logique que le premier indicateur soit le nombre d'entretiens au domicile du patient, qui est nous dit-on le moyen de mesurer l'activité la plus consommatrice en temps ! Si elle baisse, c'est dû au repli sur le CMP, à la chute du nombre de patients, ou à la baisse des effectifs. On voit que l'énumération de ces trois hypothèses laisse transparaître le souci de la performance de l'organisation c'est-à-dire de l'utilité rentable des personnels, ce qui n'a rien à voir avec la construction de relations soignantes.

Nous ne saurions avoir une vue complète de l'activité sans le chiffrage de la consommation des pathologies !

Alors il faut l'indicateur du taux de patients ayant des troubles cotés de F20 à F31. En fait, subtilité extrême, des troubles cotés F20 à F29+F30+F31 (classification CIM10-F20 à F29 : schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants ; F30 : épisode maniaque ; F31 : troubles affectif bipolaire) !!!

Haro sur les consommateurs !

INDICATEURS D'ANALYSE :

Citons

- *Indicateur d'analyse*

Indicateur quantitatif de mesure des principaux paramètres ou inducteurs influant sur le niveau de l'activité, il vise à comprendre et

analyser le niveau d'activité constaté par rapport à celui attendu ou normatif.

Les indicateurs d'analyse servent à quelques objectifs essentiels: gérer en même temps les pathologies et les moyens engagés pour les soigner en ambulatoire au détriment non seulement du recours à l'hospitalisation complète mais tout autant au niveau des prises en charge partielles.

Nous pouvons d'ailleurs regrouper les indicateurs d'analyse sous ces deux objectifs.

GERER LES PATHOLOGIES

Nous avons ainsi le taux d'hospitalisation de la file active qui mesure l'efficacité de la prise en charge en ambulatoire. L'idéal est qu'il soit le plus bas possible. S'il augmente alors que la file active est stable c'est que l'ambulatorio est défaillant ou qu'on n'a pas recours au social et médico-social ou qu'il y a déficit de personnels médicaux et paramédicaux.

Parmi les derniers indicateurs d'activités sont le nombre d'entretiens médicaux et non-médicaux au CMP. Ils doivent être rapprochés de celui qui chiffre le nombre d'entretiens par patients et de la file active. En ce qui concerne les entretiens non médicaux, leur nombre doit être mis en rapport avec le nombre de personnels affecté au secteur et à la file active (hospitalisation complète et prises en charge à temps partiel).

Ces chiffres serviront à justifier le rétrécissement de l'intra hospitalier !

Le taux de première prise en charge en hospitalisation qui mesure la capacité à accueillir de nouveaux patients. Associé au taux de réhospitalisation, il sert à déterminer la capacité de prise en charge intra et extra hospitalière. Si ce dernier

augmente, il faut examiner les pathologies accueillies et les possibilités alternatives de soins. Le taux de renouvellement de la file active ou de nouveaux patients, par contre, va permettre de voir les capacités qui peuvent être dégagées.



Le nombre moyen de demi-venues en CATTP, dont la valeur cible n'est pas encore déterminée, c'est-à-dire le chiffre qui ne doit pas être dépassé. S'il est dépassé il y a une intensité de prise en charge qui nuit à l'augmentation de la file active. S'il est en dessous, il y a saupoudrage des prises en charge.

Autant dire que dans tous les cas, ça ne va pas ! Quand les cibles seront déterminées, au rythme de la restructuration, de la réorganisation qu'on nous dira inéluctable au regard de tous ces indicateurs, nous n'aurons comme choix que d'être cloués à la cible ! Laquelle ? Celle qui permettra la meilleure performance économique !

L'indicateur de séquences associées doit permettre d'optimiser les places disponibles entre les différents modes de temps partiels.

En clair, avec un nombre limité de places on doit faire tourner les patients, éviter la sédimentation et, comme nous l'avons déjà vu, cela ne peut que conduire à sélectionner et trier les patients.

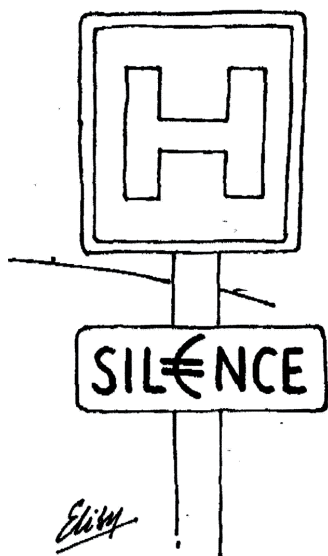
GERER LES MOYENS

L'indicateur de séquences parallèles va permettre d'optimiser les ressources entre le temps complet et le temps partiels car son augmentation permet de diminuer le taux d'occupation des lits hospitalisations et donc, à effectifs constants ou en diminution, de répartir d'une autre façon les effectifs. Mais il faut bien comprendre que taux d'occupation n'équivaut pas aux nombres de patients hospitalisés sur une année. On peut faire tourner plusieurs patients sur un nombre limité de lits. C'est tout bon pour la performance avec le minimum de moyens bien sûr !

L'indicateur du nombre moyen de venues par patient en HDJ vise à mesurer l'intensité de la prise en charge des patients.

Si on met cet indicateur en rapport avec la pathologie, on voit là encore que l'optique économique conduira au tri, à la sélection, à l'exclusion.

Le nombre d'entretien médicaux par patient et celui du nombre d'entretiens non médicaux par patient vont permettre une approche de la consommation des ressources des prises en charge en ambulatoire. L'augmentation de ces indicateurs est-elle due aux pathologies consommatrices ou à une augmentation de l'offre de soin. Il est clair qu'il faudra justifier les augmentations et ne pas croire naïvement que de bons chiffres devraient automatiquement nous donner plus d'argent et plus de moyens. Il n'en est pas question.



Nous avons affaire à une machine infernale. Chaque indicateur croisé avec les autres dans sa catégorie ou avec ceux des autres catégories doit permettre de scanner sous l'angle exclusif du chiffre, de la quantification, toutes les espaces de notre pratique sans jamais qu'il soit questions des patients dans leur particularité, dans leur temporalité. Les espaces de notre pratique ne sont plus des espaces de soins mais des espaces de production contrôlés, ciblés, chiffrés selon des critères de performance dont on fixera le chiffre à atteindre.

Qu'en est-il du devenir de chaque patient, de son parcours imprescriptible, non planifiable, non quantifiable ? SILENCE, FORCLUSION ! Quand est-il de ce qui se joue entre patients et soignants ? SILENCE, FORCLUSION !

ICI, ON COMPTE, ON NE PENSE PAS ! ON EST PRET POUR L'EXCLUSION ET L'ENFERMEMENT, LA STIGMATISATION, L'INSULTE, LA CONDAMNATION...

INDICATEURS D'EFFICIENCE

- Indicateur d'efficience

L'indicateur d'efficience défini dans le cadre des réflexions du groupe de travail met en regard l'activité constatée avec les ressources mises en oeuvre pour la produire.

Les indicateurs d'efficience vont être examinés selon les trois champs d'activité : hospitalisation complète, partielle et l'ambulatoire

Hospitalisation complète

Pour toutes les catégories d'intervenants : médicaux, soignants, autres intervenants (y compris les secrétaires), il s'agit de voir la part de file active par ETP afin de mesurer l'intensité de la prise en charge !

Pour mesurer les moyens en personnels, pour ces mêmes catégories, on va calculer le nombre de journées d'hospitalisation par ETP.

Ensuite, tout à fait logiquement, et c'est bien là en fait l'objectif, il va falloir produire le chiffre des coûts de personnels par journée d'hospitalisation, et des coûts hors personnels par journée d'hospitalisation.

Nous savons tous qu'on veut nous faire croire que ce serait les coûts qui devraient légitimer notre organisation de soins et en plus nous devrions adhérer à l'idée que ces coûts dépendraient de nous, voire de l'existence même du poste que nous occupons !

On nous invite à produire les chiffres de notre culpabilisation !

Derrière ces chiffres et ces indicateurs, c'est une idéologie néfaste qui avance !

Hospitalisation temps partiel

Pour chacune des activités à temps partiel hôpital de jour, de nuit et CATTP on va mesurer d'abord l'intensité de l'activité et ensuite les coûts.

Pour ce faire, par ETP, on calcule le nombre de venues (HDJ, HDN ? de demi-venues (CATTP) par ETP médicaux et par ETP non médicaux.

Ensuite on calcule les coûts en personnel et hors personnel par ETP médicaux et non médicaux.

Ambulatoire

Il s'agit de déterminer, toujours pour mesurer l'intensité de l'activité, la file active par ETP et par ETP médical.

Mais cela ne saurait suffire, il faut avoir les chiffres de l'activité (nombre d'actes) par classes de troubles : d'une part les troubles de F20 à F29 + F30 + F31 et tous les troubles en dehors de cette numérotation.

En ce qui concerne les coûts, il s'agit de mesurer le coût de personnel par entretien médical, entretien non médical, ensuite le coût par acte.

Ainsi nous pourrions savoir à quoi nous passons notre temps, à quelles pathologies et combien nous coûtent patients et soignants ! L'ambulatoire dont on nous fait rêver aura son bracelet électronique qui résonnera lorsque nous nous écarterons du cœur de cible ! La police des coûts et de la pensée sifflera ses chiens de garde !

Et finalement il restera à calculer le nombre d'entretien par ETP médical, par ETP de psychologue, par ETP d'infirmier, par ETP de personnel sociaux-éducatif, par ETP de personnel rééducatif.



Puisque l'ambulatoire est la finalité absolue, il est donc logique de mettre en face les coûts par acte et d'extraire l'entretien, pour comparer ses coûts avec l'ensemble des actes. N'oublions pas que l'entretien peut être en effet consommateur de temps, d'équivalent temps-plein comme on dit !

Conclusion, temporaire?!

Nous sortons de la lecture, du déchiffrement de ce texte avec une envie de vomir.

Comment tout cela est-il devenu possible ?

Chacun doit tenter de répondre.

Peut-être qu'on a su nous faire adhérer à une servitude volontaire?

Mais, nous avons tous les éléments pour tenter de comprendre. Il faut juste que nous fassions attention à ce qu'on veut nous imposer. Rien ne nous oblige à l'accepter surtout quand cela va contre ce que les patients sont en droit d'attendre de nous.

Tout le monde aura compris qu'il ne s'agit ni de développer l'activité, ni de prendre en charge tous les patients qui en ont besoin quelque soit leur âge, leur pathologie, leur condition socio-économique et donc d'augmenter les capacités des structures et des moyens humains pour donner un peu plus de chances aux patients.

Il s'agit bien au contraire de réduire la voilure et de calculer cette réduction pour atteindre la plus haute performance. Bien sûr on ne nous dit pas laquelle, même si tout au long de ce bréviaire on nous parle de cible, de norme. Le peu qu'on nous en dit est suffisamment clair. Soit il y a un chiffre à ne pas dépasser actuellement, soit il s'agit de ne pas dépasser des moyennes sur les 2 ou 3 années précédentes. En clair, il ne s'agit pas d'augmenter les moyens. Ou s'il y a augmentation quelque part, il doit y avoir baisse ailleurs. L'augmentation attendue est sur l'ambulatoire mais elle ne doit pas trop augmenter par exemple du fait des pathologies trop consommatrices de personnels.

Il s'agit donc d'une performance calibrée sur le seul rapport qui leur importe : déterminer des activités qui entraînent le minimum de coûts.

Nous avons souvent crû que la T2A, c'était faire du chiffre avec le moins de coûts. C'est exact, mais il serait temps que nous nous rendions compte que le terme activité qu'on nous avait dit équivaloir à plus d'actes donc plus d'argent pour accomplir notre travail est une arnaque.

Le déficit généré par la mise en place de tarification à l'activité est en fait l'outil à faire décoller le deuxième étage de la T2A, à savoir la tarification à la performance, à l'efficacité non pas dans le résultat des soins pour chaque patient mais dans les résultats pour l'industrie du soins qui n'a plus rien à voir avec un service public.

Il faut faire de l'activité performante, performante dans sa mise en œuvre (personnels, moyens et durée) et dans ses résultats financiers. C'est donc désormais la TAP et pas seulement la T2A.

Chacun peut imaginer ce que cela aura comme conséquence sur le travail fait en psychiatrie. Quiconque a une relation soignante transférentielle avec un patient sait bien que ce n'est pas le quantitatif qui est en jeu mais bien, autre chose. Le critère de la performance est la forclusion, le rejet de cet autre chose.

C'est la folie qu'on tente d'assassiner, c'est la pensée qu'on tue !

APRÈS LE PROJET DE LOI HPST, APRÈS LES ANNONCES ULTRA SÉCURITAIRES DE SARKOZY POUR LA PSYCHIATRIE, LE RAPPORT DE LA COMMISSION COUTY SIGNE LA MORT DE LA POLITIQUE DE SECTEUR !

Les fondamentaux de la politique de secteur, accessibilité, proximité et continuité des soins, assurés par une même équipe sur une même zone géographique, sont battus en brèche par les préconisations du rapport Couty.

Une scission complète est prévue entre les soins ambulatoires et hospitaliers, tant au niveau du financement et de la gestion que des objectifs et des aires d'intervention. C'est la rupture pure et simple de la dynamique de continuité du soin.

Le développement des pratiques de secteur depuis 40 ans vise à accompagner les personnes souffrantes dans un parcours de soin « sécurisant », limitant ruptures et rechutes, favorisant le maintien dans la cité et assurant autant que de besoin les soins hospitaliers.

Les Centres Médico-Psychologiques, jusqu'à présent pivots du dispositif sectoriel, assurent gratuitement des missions de dépistage, de prévention, de suivi au long court auprès de toutes les catégories d'une population ainsi que la coordination avec les partenaires sociaux. Ils seront relégués dans « un secteur rénové » en troisième position derrière les médecins généralistes et les psychiatres libéraux.

Les restructurations, fusions de CMP et d'établissements, la privatisation accrue qui se dessine, ne feront que rendre plus difficile l'accès aux soins des populations les moins aisées, dans le droit fil du projet de loi Hôpital Patients Santé Territoire.

La fédération SUD santé-sociaux condamne une réforme de l'organisation des soins psychiatriques qui liquiderait les pratiques et la politique de secteur.

La fédération SUD Santé Sociaux s'inquiète du nombre supplémentaire de personnes en souffrance qui seront laissées pour compte dans ce démaillage institutionnel alors que la psychiatrie est à bout de souffle faute de moyens. Qu'elle s'est vue supprimer les formations nécessaires à ces soins spécifiques et se trouve paralysée par des contraintes de fonctionnement inadéquates.

La fédération SUD santé-sociaux rappelle la nécessité d'un plan d'urgence pour la psychiatrie, à commencer par des moyens pour former et recruter des personnels soignants. La psychiatrie publique a, avant tout, besoin de moyens humains et ce ne sont pas les 70 millions du plan Sarkozy dédiés au financement de dispositifs sécuritaires qui répondront au malaise des équipes ni au besoin des patients et de leurs familles.

SUD santé-sociaux appelle personnels et usagers à s'engager dans toutes les initiatives qui visent à défendre et promouvoir des moyens pour une psychiatrie de secteur humaine et ouverte sur l'extérieur, à commencer par exiger le retrait du projet de loi HPST et sa déclinaison en psychiatrie.



**Lettre ouverte d'un ETP à la ministre de la santé et au rapporteur Couty.
(ETP, équivalent temps plein, quantité comptable de minerais humains)**

Madame la Ministre, monsieur le Rapporteur,

Je ne suis pas un ETP mais un soignant fait de chair et de pensées.

Je ne suis pas une variable d'ajustement.

Je ne suis pas une quantité, je suis une entité qui a besoin d'une équipe de secteur intra-extra pour pratiquer, pour penser, pour évoluer.

Je ne suis pas un « normopathe » et je veux que mon rôle propre le reste.

Je ne suis pas un agent du ministère de l'intérieur mais un soignant.

Je ne veux plus réveiller un patient la nuit pour attribuer son lit à quelqu'un d'autre.

Je ne veux plus laisser quelqu'un seul avec sa souffrance en isolement.

Je ne veux pas plus contraindre, je veux accompagner.

Je veux du temps pour être auprès du patient.

Je veux travailler dans des unités ouvertes, je veux jeter mes clefs.

Je veux évaluer la qualité de mon travail en fonction du mieux-être des patients.

Je veux que mon service ressemble davantage à une « auberge » thérapeutique qu'à une prison.

Je veux accueillir la souffrance du patient avant de penser à sa sortie.

Je veux m'intéresser à son histoire plutôt qu'à son symptôme.

Je veux en revenir à l'hospitalité.

Je veux être un « passeur » pas un gardien.

Je veux me former pour apprendre à être et non pour savoir faire sans conscience.

Je veux accompagner les patients dans la cité et non protéger illusoirement la cité des patients.

Je veux prendre soin de moi pour mieux prendre soin des autres.

Je veux être mieux traité pour mieux soigner.

Je veux allier, pas aliéner.

Parce que je considère que :

-la parole est un soin, et qu'il n'y a pas que les traitements médicamenteux ;

-soigner c'est partager ;

-faire un scrabble c'est du soin durable ;

-qu'il faut aller à la rencontre non à l'exclusion.

J'aspire à reconstruire du collectif pour m'affirmer ou m'opposer au besoin, à travailler en équipe parce que si je ne suis pas un technicien-théoricien du soin au moins je sais qu'il se construit en équipe et que sans l'autre nous ne sommes rien.

Je veux reprendre l'initiative, à commencer en manifestant le 12 Février avec le reste de la communauté hospitalière et des usagers pour faire entendre mes vœux. Et je m'inscrirais dans les initiatives à venir où tous les ETP se retrouvent pour ne plus être des ETP, mais des soignants, fiers de l'être, et enfin à nouveau, de leur fonction sociale.

