



## **Psychiatrie en santé précaire**

Communiqué 26 septembre 2018

Est-ce parce que le ministre de la santé l'a reconnue « parent pauvre de la médecine » que la psychiatrie doit se tourner vers le Plan pauvreté pour trouver quelques éléments de satisfaction parmi les annonces de cette rentrée ?

Plusieurs mesures de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté peuvent en effet être saluées comme un soutien aux missions de prévention de la pédopsychiatrie, objet des travaux du SPH et de la SIP

(<https://sphweb.fr/blog/2018/08/03/la-lettre-du-sph-n15-juin-2018/>) Pour favoriser le développement des enfants les plus fragiles, l'accès aux crèches et aux cantines, le renforcement de la PMI et des centres sociaux, celui de moyens éducatifs soutenus dans certains territoires, ou l'accompagnement jusqu'à 21 ans des enfants placés par l'Aide Sociale à l'Enfance, sont autant de points en phase avec le thème des besoins fondamentaux de l'enfant, récemment traité par les 16èmes rencontres de perfectionnement des pédopsychiatres, organisées par la Fédération Française de Psychiatrie. Il reste à en vérifier l'application.

Pour le reste, la psychiatrie n'a apparemment rien à attendre d'un plan de santé qui fait mine d'ignorer les mobilisations toujours en cours dans les hôpitaux psychiatriques : aucune allusion à la psychiatrie dans le discours du président, comme si la profession devait comprendre qu'en dépit de ses exhortations à arrêter la dégradation des conditions de soins, il n'y aura pas d'autre réponse gouvernementale que la feuille de route présentée en juin, pour inciter au rapprochement de la psychiatrie vers la médecine somatique, sans égard pour ses spécificités. Le PFLSS présenté il y a quelques heures ne fait pas mieux.

Il n'y a pas de perspective d'amélioration pour la situation de la psychiatrie publique dans l'état providence du 21e siècle présenté par le président, où se dessine un système de santé délaissant le service public et où le principe de « responsabilisation » restera inaccessible aux personnes qui n'ont pas le choix de leur mode de prise en charge. Les solutions vendues par certains universitaires à la faveur de ces mobilisations hospitalières, pour que la psychiatrie en finisse avec « l'état d'urgence », ne sont que des leurres : une organisation territoriale des soins qui serait agencée selon l'implantation de centres de référence pensés par pathologies, ne fait que projeter un

système sélectif, qui laissera sur le côté les véritables cas complexes que la politique de secteur psychiatrique prend en charge. Il s'agit en effet pour la psychiatrie publique de répondre aux différentes dimensions de la pathologie psychiatrique, selon l'expression très concrète du modèle biopsychosocial, y compris avec sa part de soins sans consentement.

Pour exercer ses missions, la psychiatrie n'a pas besoin d'un niveau supplémentaire de caporalisation et d'un élitisme répercuté sur les patients, mais de moyens humains pour offrir à la diversité des besoins des patients, la graduation territoriale des soins selon différents niveaux, de généralistes à spécialisés, et que les Projets Territoriaux de Santé Mentale et les Communautés Psychiatriques de Territoire nés de la dernière réforme, sont destinés à coordonner.

C'est ce que compte défendre le SPH au cours de son Assemblée générale du 2 au 5 octobre au palais des congrès d'Antibes associée aux 37e journées de la Société de l'Information Psychiatrique ([https://sphweb.fr/wp-content/uploads/2018/07/PROGRAMME\\_8pages\\_2018-2.pdf](https://sphweb.fr/wp-content/uploads/2018/07/PROGRAMME_8pages_2018-2.pdf)).