



Secteur 59 G 04 (Gravelines – Grande-Synthe)

Dr Pierre PARESYS
Médecin Chef du Secteur 59 G 04

Bailleul, le 17 septembre 2009

Madame BACHELOT
Ministre de la Santé et de la Jeunesse
14, avenue Duquesne
75 007 PARIS

Double à :

Madame PODEUR
Directrice de l'Hospitalisation et de
l'Organisation des Soins
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Madame TOUPILLET
Directrice du Centre National de Gestion
Imm. Le Ponant
B 21 - rue Leblanc
75015 PARIS

Objet : Recours hiérarchique contre l'arrêté du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, M. DEROUBAIX, en date du 22 juillet 2009

Madame le Ministre,

Je souhaite, par la présente, contester la quasi-totalité des termes de l'arrêté (ci-joint) formulant le non-renouvellement de mes fonctions de Chef de Secteur à compter du 3 octobre 2009.

J'ai été, Madame, nommé dans ces fonctions, par arrêté Ministériel en date du 3 octobre 1994 et c'est pourquoi, je me permets de me tourner vers vous à cette occasion.

J'exerce, Madame le Ministre, les fonctions de Chef de Secteur depuis près de quinze ans et j'ai le plus souvent apprécié cette fonction d'animation, mais il est vrai que c'est à la demande de l'équipe au sens large (tel que le précise mon courrier d'accompagnement à la demande adressé au Directeur, ci-joint), que j'ai renouvelé cette demande afin de conforter le dispositif sectoriel mis en place durant toutes ces années.

Il ne me semble pas utile de m'étendre longuement dans ce courrier sur l'évolution et la teneur actuelle du dispositif développé par ailleurs dans mon bilan quinquennal (ci-joint) ; je préciserais toutefois que ce dispositif permet l'accès à l'équipe de 1 700 à 1 800 personnes par an (dont 7 à 800 nouveaux cas) :

- En ambulatoire le plus souvent exclusivement ;

- En hospitalisation temps plein (réduite progressivement, sur 11ans, de 150 à 40 lits à Bailleul) sans que cette réduction n'entraîne de problème de capacité à accueillir ;
- En alternative à l'hospitalisation (maison thérapeutique de 8 places située dans la ville de Gravelines) ;
- Aux urgences ou en psychiatrie de liaison à la Polyclinique de Grande-Synthe et dans toutes les 7 maisons de retraite du secteur mais aussi celles du CHD (Centre Hospitalier de Dunkerque) ;
- Les circuits de la grande précarité (EMMAUS, accueil de jour de l'Armée du Salut, etc.).

Le redéploiement des postes vers les alternatives a été considérable (environ 30 %) malgré une baisse régulière des moyens ce que votre Ministère et le Directeur de notre Etablissement ne peuvent ignorer ; ajoutons enfin, que l'attractivité du projet a permis de développer une équipe médicale aux pratiques diversifiées dont la qualité de l'offre de formation appréciée par les internes (cf. courrier joint de l'AIAIP – Association des Internes et Anciens Internes en Psychiatrie) est un atout pour le service mais aussi pour le reste de l'établissement.

La surprise de l'équipe le 24 juillet 2009, après avoir eu connaissance de l'arrêté a donc été grande, d'autant que les griefs étaient pour la plupart incompréhensibles. L'équipe s'est donc trouvée ébranlée, fragilisée mais a trouvé la force de se mobiliser (cf. pétition jointe, courrier des collègues lu en Conseil d'Administration, courrier des psychologues), et il en a été de même de nos partenaires des urgences et de médecine de la Polyclinique de Grande-Synthe (cf. courriers des Docteurs LEFEVRE et FRANCOIS ci-joints), et de la CME (cf. argumentaire de soutien). Pour tous, la colère se trouvait mêlée au sentiment d'incompréhension et d'injustice au regard du travail collectif entrepris uniquement dans la recherche de l'intérêt thérapeutique pour les patients et pour la population du secteur sans discrimination aucune, pour le service public de la santé et dans l'intérêt général de la population du secteur.

Ce sentiment de colère, d'injustice voire de révolte a gagné des syndicats, des associations toutes engagées dans la lutte pour l'accès aux soins partout et pour tous (cf. communiqués joints). Certes, s'il y a eu des conflits, en particulier concernant la dotation en moyens humains, élément essentiel du plateau technique en psychiatrie, il s'agit là de conflits naturels en institution dès le moment où les intérêts sont contradictoires. Mais si ces conflits ne sont plus possibles, et que la prescription administrative demeure indiscutable malgré son incidence sur les soins, qu'en sera-t-il de l'exercice de la médecine, et a fortiori des fonctions de Chef de Service et de la responsabilité médicale ?

Je vais donc maintenant, Madame le Ministre, reprendre point par point les motifs évoqués par le Directeur de l'ARH dans l'arrêté du 22 juillet 2009 ; il s'agit donc :

- De la participation à la vie institutionnelle de l'établissement,
- De la participation du service aux urgences du dunkerquois, de l'UAO (Unité d'Accueil et d'Orientation),
- De la pluri-sectorialité et, plus particulièrement, des unités d'hospitalisation au long cours dites SAAS (Structure Alternative d'Accueil Spécialisé) – ATIM (Appartements Thérapeutiques Intra-muros), du projet de service, et je terminerai par ce qui est qualifié de réquisitoire par Monsieur le Directeur Régional de l'Hospitalisation.

1 - Vie institutionnelle de l'équipe médicale du secteur 59 G 04 dans l'EPSM des Flandres

Depuis début 2005, l'équipe médicale du G 04 a été amenée à participer à plus de 200 réunions à vocation transversale (instances, groupes de travail et/ou de réflexion, comités divers, conférences et symposiums etc. (cf. tableau de la vie institutionnelle joint), toutes liées à la vie de l'Etablissement), et j'ai moi-

même, participé activement à 50 d'entre elles, étant par ailleurs membre de la CME et représentant de celle-ci au CTE.

Dans le cadre d'un travail d'équipe basé sur la collégialité et sur des échanges réguliers entre médecins et avec l'ensemble de l'équipe, chaque praticien était en mesure par délégation de remplir cette fonction, les nombreuses réunions internes à l'équipe au sens large permettant d'en évoquer les enjeux.

Ainsi, nous avons été présents dans les réunions :

- De la COPS (Commission relative à l'Organisation et à la Permanence des Soins),
- Du Comité du Médicament,
- Du COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles),
- Du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales),
- Du CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition),
- Du Comité de Pilotage Qualité,
- De la CRUQ (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en Charge),
- De la CME (Commission Médicale d'Etablissement),
- Du CTE (Comité Technique d'Etablissement),
- Du bureau de CME,
- Le suivi d'USV2 - CROSSWAY, (logiciel intégré de Gestion du Dossier Patient),
- Sans oublier quelques invitations au Conseil Exécutif.

Il faut ajouter à ces « organes réglementaires », la participation à des groupes de travail thématiques :

- Prévention des situations d'agressivité et de violence,
- Parcours Alzheimer, réseau démence,
- Périnatalité (travail intersectoriel d'articulation entre les secteurs 59 G 01, 02, 03, 04 et I 01),
- Certification,
- Précarité,
- CROSSWAY,
- Hémovigilance.

La participation à divers groupes de travail consacrés au :

- Projet d'Etablissement,
- Contrat d'Objectif et de Moyens,
- L'EPRD (Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses),
- Réseau Santé Qualité.

Sans oublier une large contribution de l'équipe à la mise en place d'un symposium transversal par son organisation et par l'offre de formation et de débat, destiné à tous les personnels de l'EPSM.

Difficile donc, Madame le Ministre, même en méconnaissant ou dénonçant la notion de collégialité pourtant essentielle, de considérer cette présence active comme « un manque d'implication dans l'organisation institutionnelle ». Notons au passage qu'il n'est pas souhaitable qu'un médecin (Chef ou pas) abandonne trop les activités cliniques au profit, de fonctions de représentation, de gestion, etc. Le risque est alors grand de parler de ce que l'on ne connaît pas. Ce partage d'activité existe sur le 59 G 04, et pour ma part, si je cumule l'ensemble des fonctions, mes semaines varient entre 60 et 85 heures d'activité dont une bonne moitié est directement liée à la prise en charge des patients.

2 - LES URGENCES ET LA PSYCHIATRIE DE LIAISON :

L'équipe du 59 G 04 est présente aux urgences du Dunkerquois depuis très longtemps. Dès 1999, une convention (ci-jointe), lie l'EPSM des FLANDRES et la Polyclinique de Grande-Synthe, elle prévoit d'emblée

une présence aux urgences et en psychiatrie de liaison (hebdomadaire à l'époque) et évoquait déjà l'implantation de 40 lits de psychiatrie derrière la Polyclinique (en accord avec le maire qui mettait à disposition une partie du jardin public voisin). Avec le temps, la présence s'est densifiée pour atteindre un passage quotidien médical et infirmier à la grande satisfaction des équipes (cf. courriers joint des Docteurs FRANCOIS de Médecine et LEFEVRE aux urgences). Depuis, les Directeurs n'ont pas jugé utile de réactualiser la convention puisqu'elle prévoyait cette évolution, seules les 5 conventions de « partage d'activité », liant chaque praticien hospitalier (cf. celle qui me concerne pour les mardis après-midi, signée des 2 Directeurs, ci-jointe) rappellent, à chaque passage en CME pour reconduite des primes multi-établissements, l'existence de ce dispositif. Cette répartition (urgences et psychiatrie de liaison de la Polyclinique pour le G 04, urgences, et psychiatrie de liaison du CHD pour les 3 autres équipes : G 01, G 02, G 03) qui représente une légère surcharge pour le G 04 (environ un demi temps plein médical et un temps plein infirmier si l'on exclut le temps institutionnel de liaison interne) en actes comme en temps, est donc ancienne et il n'est pas possible que Monsieur le Directeur l'ignore.

Notons au passage, que le dispositif sectoriel du secteur 59 G 04 a sensiblement réduit le recours aux urgences du CHD par les patients du secteur ce qui en confirme la qualité en terme de prévention. Ainsi, en 2007 seuls 229 passages sur 1 497 soit 15,29 % pour une population sectorielle de 74 330 habitants soit 28 % de la population du littoral et un rapport de 0,55 (15,29/28) là où les autres secteurs, avec respectivement : 411, 351 et 506 passages, se situent à 1,05, 1,04 et 1,44.

Enfin, l'équipe du secteur 59 G 04 participe activement autour du Dr BARTHE à la psychiatrie de liaison (cf. convention jointe) dans le cadre de la périnatalité ; elle favorise le lien entre les équipes des autres secteurs de psychiatrie adulte du dunkerquois (G 01, G 02, G 03), et le secteur de pédopsychiatrie (I 01). Elle avait été d'emblée porteuse d'un projet de prise en charge mère-enfant, dans une articulation directe avec la maternité de la Polyclinique et les autres secteurs, du fait de la future proximité avec l'hospitalisation temps plein adulte ; il est clair que le positionnement de l'ARH vient mettre à mal cet autre projet ou pour le moins le rendre plus complexe et plus coûteux.

3 - L'UAO :

Rappelons, que cette unité a été mise en place pour compenser les difficultés d'accueil d'un certain nombre de secteurs, et aussi par choix pratique (très coûteux). Il s'agissait d'accueillir temporairement les patients qui ne pouvaient être accueillis immédiatement par les autres équipes de secteur. Comme il se doit, elle ne s'imposait pas (comme toute prescription de traitement ou d'orientation pour des patients) à toutes les équipes de secteur. En particulier, cette unité n'avait pas vocation à désorganiser les secteurs où le problème ne se posait pas et qui souhaitaient préserver la continuité des soins. Une unité dont la vocation principale est de devoir trouver au plus vite une place pour des patients dont elle a la charge pour 48 h maximum, est par nature source de tension qui pèse sur l'équipe, comme sur les patients. Il lui est quasiment impossible de parvenir à s'inscrire dans une dynamique de soins psychiques, contrairement à la fonction de l'équipe de secteur qui, dès le premier contact, envisage pour le patient le soin sur la durée complète de l'hospitalisation, sait ce qu'elle peut lui proposer pendant et après celle-ci. Enfin, dans un nombre non négligeable de situations, l'équipe connaît le patient et proposera un accueil plus adapté, favorisant l'alliance, ce qui, dans tous les cas, est gain de chance pour le patient.

Dans le rapport annuel 2007, je précisais (il s'agit de l'accueil par notre équipe des patients des secteurs voisins) :

“L'accueil des patients des autres secteurs, en urgence (UAO) a sensiblement diminué avec 117 patients pour 135 admissions et 1 359 journées d'hospitalisation (en 2005 : 215-238-2 409) ; il concerne maintenant essentiellement les patients de Flandre Intérieure et dans un plus grand respect du patient et de la continuité des soins puisque la DMS (Durée Moyenne de Séjour) reste stable à 10,1 j depuis 2005 alors que la rotation était extrêmement importante dans les années précédentes.

Il apparaît clairement que la poursuite du mouvement de relocalisation a favorisé un accueil plus adapté sur le littoral avec diminution des dysfonctionnements.

Le G 04 accueille néanmoins (135/516 UAO comprises) 24 % de ces admissions pour un total de 1 359 journées concernées par ces admissions soit 72 %”.

Le G 04 remplissait donc en 2007, 24 % de la fonction « UAO » en admissions, 72 % en journées d'accueil pour les patients des autres secteurs, 1 359 j soit l'équivalent de 4 lits constants avec des pics de plus 8.

Sans l'organisation de l'équipe du G 04 qui fait en quelque sorte, fonction d'UAO depuis très longtemps pour tous les secteurs, l'établissement aurait été, comme tous les secteurs de l'établissement, à maintes reprises, dans l'incapacité d'accueillir tous les patients ; l'équipe du G 04 s'est trouvée dans cette situation pour seulement quelques patients en 5 ans tout en disposant d'un ratio de lits par habitant (tout compris s'entend : admissions, SAAS – ATIM, UAO, etc.) sensiblement inférieur.

Pire encore ? L'accueil et la qualité des soins de l'équipe s'en seraient trouvés altérés, sans aucun bénéfice pour les autres équipes puisque nous aurions alors été dans l'incapacité d'accueillir leurs patients.

Enfin, le projet de relocalisation des lits dans le cadre de la Polyclinique de Grande-Synthe (cf. convention évoquée plus haut et approuvée à plusieurs reprises en CME, CTE, CA), prévoyait en association et en accord avec l'équipe des urgences, un passage systématique des entrées avec bilan somatique d'admission et accompagnement de celles-ci vers les lits spécialisés quand la clinique l'imposait.

4 - LES SAAS – ATIMS :

Les secteurs confrontés à des difficultés dans la prise en charge de la chronicité et parvenant pas à se « caler » dans le nombre de lits prévus dans le projet d'établissement se sont vus imposer une structure au moindre coût. Comme l'équipe du secteur 59 G 04 n'était pas confrontée à ce problème et estimait que cette solution serait préjudiciable et inadaptée pour les patients du service, seuls les secteurs concernés se sont constitués en fédération, une contribution en moyens étant prévue en fonction du nombre de patients orientés. La pérennité de cette structure n'était d'ailleurs pas prévue, et il s'agissait pour chaque secteur de « récupérer » les moyens à chaque alternative trouvée pour un patient.

Dans la lettre ouverte au Directeur de l'Agence (ci-jointe) je rappelais :

« En psychiatrie plus qu'ailleurs, le mur, quand il est utile, sa place dans la cité, la taille de la fenêtre, les espaces, leur organisation, mais plus encore l'équipe qui y intervient, sa qualité, sa densité, les rapports qu'elle entretient avec les patients ont une incidence majeure et font partie intégrante du traitement et de son adaptation.

Ce tout relève de la responsabilité du Médecin Chef et de l'équipe qu'il anime. C'est pour cette raison, Monsieur le Directeur, que les structures « plurisectorielles » de l'EPSM des Flandres (SAAS - ATIM) ont été mises en place sous la forme de fédérations, ce qui implique une contractualisation pleine et entière entre plusieurs équipes dans le respect de la déontologie, de la diversité des pratiques et des besoins d'une population.

Nous sommes ici, loin des impératifs ou d'une obligation qui pourrait générer l'opposition à laquelle vous faites référence dans l'arrêté du 22 juillet 2009».

Ces dispositions n'empêchent évidemment pas le Directeur de l'établissement de destiner à cette structure des moyens du secteur 59 G 04, mettant par là-même, l'équipe en difficulté pour mettre en œuvre le projet institutionnel qu'elle souhaitait.

Déjà en 1994, alors que je venais d'être nommé par le Ministre de la Santé de l'époque, le problème de la responsabilité médicale et de l'intérêt du patient s'était déjà posé. Monsieur le Directeur souhaitait alors fermer 2 unités dans l'établissement dont une unité du service accueillant une soixantaine de vieilles dames dont la présence était pour le moins involontaire, fruit de l'histoire asilaire (le service comprenait alors 150 lits), pour les dispatcher arbitrairement dans l'ensemble des services (cf. courrier du 10 octobre 1994 adressé à M. MONTAGNE, ci-joint) sans prendre en compte leurs attaches, leurs repères et le sentiment inévitable d'insécurité que cela aurait généré. Déjà à l'époque, l'équipe était parvenue en résistant le temps qu'il faut à trouver et mettre en œuvre d'autres solutions pour ces patientes. Cette question reste évidemment d'actualité et, à l'époque, nous avons rappelé l'article 714-13 de la Loi de réforme hospitalière qui précisait le champ des responsabilités du Chef de Service ; j'avais par ailleurs rappelé que ce qui était valable pour le service et les patients dont j'avais la responsabilité ne l'était peut-être pas pour l'autre équipe qui avait pris une autre décision. C'est cette prise de responsabilité pour et avec les équipes et les patients qui constituent les fonctions de Médecin Chef de Secteur et c'est, dans le cas contraire, que l'on aurait pu très justement me reprocher de ne pas les assumer. Nous pouvons noter au passage quelle pourrait être la violence des conséquences d'une décision administrative qui ne prendrait pas en compte les aspects thérapeutiques que seule la responsabilité médicale permet de mettre en œuvre.

5 - LE PROJET DE SERVICE :

Il ne s'agit, bien sûr, pas de refaire chaque année le service, de casser pour refaire quitte à revenir en arrière et voir reflourir sur le même modèle que l'asile, mais sous d'autres vocables, des unités d'admission, de chroniques, d'agités etc. Le quatrième projet s'inscrit donc forcément dans une logique visant à parfaire l'adaptation du dispositif sectoriel.

La fonction de Chef de Service n'est-elle pas essentiellement une fonction d'animation, il s'agit de permettre à une équipe de travailler un projet sous-tendu par la qualité du service public de santé et de le conduire, organiser en équipe le travail et l'organisation des soins dans l'intérêt des patients et de l'équipe (indissociables), faire évoluer l'organisation en fonction des besoins ; le secteur et la politique qui l'accompagne est de ce point de vue l'outil idéal qui mériterait probablement d'être repris dans d'autres spécialités. Les praticiens hospitaliers se sont d'ailleurs battus pour qu'il y ait une dissociation du grade et de la fonction pour qu'il n'y ait pas de convoitises sur des bases de titre ou de revenus, voire d'intéressement qui pourraient les détourner de l'intérêt du patient et de l'acte de soin.

Ainsi donc, le Chef de Service n'est pas payé plus et n'a pas d'autre avantage que la charge correspondant à cette fonction. Il n'y a, par ailleurs, pas de fonction hiérarchique. Le "métier " est donc pluriel, la dimension médicale traditionnelle à laquelle s'ajoute la dimension institutionnelle. Les soins englobent donc le tout, le lieu et le mode d'exercice de l'équipe, le rapport entre ses membres, le lieu d'implantation des structures, leur architecture, etc.

Après 15 ans, l'essentiel de ce dispositif a été mis en place même s'il mérite d'être densifié, conforté, les activités thérapeutiques évoluant constamment. Actuellement, ce dispositif est mis à mal par une réduction arbitraire des moyens et le seul projet lourd qu'il restait à réaliser, présent dans les trois projets précédents (3 fois 5 ans) n'a été que peu soutenu par l'administration locale pour être ensuite freiné et enfin compromis par l'ARH. Il s'agissait de déplacer les lits depuis Bailleul vers Grande-Synthe, derrière la Polyclinique, établissement qui avait depuis, acquis le terrain pour permettre cette implantation en pleine articulation avec le plateau technique de la structure (un passage couloir mettant la structure en communication directe avec les urgences). Ce projet avait l'agrément de la Direction de l'établissement, des équipes médicales des différentes spécialités et des urgences (ou l'équipe 59 G 04 intervient quotidiennement depuis de nombreuses années, contrairement aux affirmations des Directeurs locaux et régionaux), de la mairie etc. Il y a peu, pour de mystérieuses raisons, l'ARH s'est opposée à ce projet bien intégré dans la cité, proche des patients et de leur famille, économiquement intéressant puisque mettant à disposition de l'équipe et des patients (sans autre déplacement que la longueur d'un couloir) diverses spécialités, les urgences, le plateau technique de radiologie, pour lui préférer un projet éloigné de ce dispositif, sans plateau technique et regroupant 70 lits exclusivement de psychiatrie de façon bien évidemment beaucoup plus stigmatisante et qui plus est, beaucoup plus coûteuse. Sans oublier que l'équipe voisine du secteur 59 G 02 était opposée pour les mêmes raisons à cette implantation

supplémentaire.

C'est bien sûr, Madame le Ministre, à compter de ce fait que les relations de l'équipe et moi-même avec la Direction se sont dégradées. Quand l'ARH a rendu le projet initial quasiment impossible, en réduisant le plateau technique de la Polyclinique, j'ai cependant accepté, de discuter avec l'ARH et la Direction de l'EPSM d'une évolution du projet en limitant au maximum "la casse" que générerait cette décision, et, de préserver l'organisation du projet (y compris au niveau architectural et fonctionnel) en compensant le surcoût en personnel (du fait des contraintes d'éloignement du plateau technique de la population et des autres structures du secteur) et d'obtenir des garanties concernant cette dotation en personnel pour ne pas "embarquer" l'équipe et les patients dans une aventure périlleuse. Pour piloter, il faut savoir où l'on va, avec qui etc... C'est ce que nous avons demandé à l'équipe technique de l'ARH lors d'une réunion au Nombre d'Or (structure d'hospitalisation temps plein du secteur 59 G 02 à Cappelle) le 6 février 2008. Nous avons alors proposé de nous revoir dès que l'équipe technique aurait quelque chose à nous proposer. Quand Monsieur le Directeur nous a proposé une réunion sans éléments nouveaux, nous lui avons donc proposé de laisser un peu de temps à l'Agence. Je n'ai depuis le 06 février 2008, plus eu de nouvelles de l'Agence sur ce projet. Le projet médical existe donc bien mais il est bien sûr limité à ce qu'il reste à faire après les 3 projets précédents, et à la défense des moyens nécessaires à la conduite de celui-ci dans des conditions satisfaisantes. Mon équipe et moi-même nous tenons encore à la disposition de l'agence pour réexaminer les solutions.

Dans les suites de la conclusion du rapport quinquennal (page 8) nous pouvons donc lire **le projet de service** qui s'inscrit bien sûr dans la suite des précédents :

“Il s'agira :

- De défendre la politique de secteur et l'obligation d'apporter des soins qui lui est liée, soutenir la psychiatrie de liaison et plus généralement la non activité indispensable au travail de secteur et à la lutte contre la discrimination dans l'accès aux soins ; la meilleure garantie en est le maintien de l'équation un pôle-un secteur (pour cette raison majoritairement défendue) ;

- De protéger les informations patients de l'inflation des fichiers et DMP qui ne visent qu'à limiter les formes d'accès aux soins pour certaines catégories de population et n'offrent par ailleurs aucunes garanties de confidentialité (cf. le kidnapping récent de dossiers médicaux aux Etats-Unis), de ne pas fournir aux Administrations des données permettant de classifier et à terme d'interdire certains soins en fonction de leur caractère « rentable » ;

- De défendre une dotation et un mode de dotation budgétaire cohérent avec ces objectifs autrement dit sur une base sociodémographique et non une référence à l'activité. Cette orientation innovante avait commencé à faire ses preuves dans le cadre d'une application dans la région en permettant une répartition plus juste des moyens pour la population ;

- D'obtenir un rapprochement des lits de la population dans le cadre d'une implantation adaptée avec compensation financière de toutes les orientations et prescriptions inadaptées mises en œuvre par les administrations responsables.

En résumé : rappeler autant qu'il le faut et défendre l'application du Code de Déontologie et plus particulièrement les articles 7, 95 et 97.

Article 7 : le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ;

Article 95 : le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une Administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité,

dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ;

Article 97 : un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins ».

6 - LE RÉQUISITOIRE :

Comme je le rappelle dans la lettre ouverte au Directeur de l'ARH (jointe), les termes utilisés dans son arrêté sont ici parfaitement clairs : « Le bilan du Docteur Pierre PARESYS qui est un véritable réquisitoire contre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et la Direction de l'Établissement » Autrement dit : «il n'est pas dans les responsabilités du Médecin-Chef de remettre en cause les prescriptions des administrations locales ou régionales...». Mais alors, à quoi sert un Médecin-Chef, voire un médecin, dans l'organisation institutionnelle, s'il n'est pas en droit de mettre en garde les administrations quant aux conséquences de leurs choix sur les aspects thérapeutiques, budgétaires, et de se battre pour la cohérence d'un dispositif, sa compatibilité avec des pratiques diverses, modernes et non stigmatisantes, voire éviter la mise en œuvre de mesures violentes (volontaires ou non) telles qu'évoquées plus haut...

Les articles 714-12, 710-1 et 714-13 laissent ce débat ouvert, ce que la démarche conjointe du Directeur de l'EPSM des Flandres et de l'ARH ne permet pas, effaçant par là-même la responsabilité médicale. L'article L 6143-7 de la Loi dite « HPST », repris de la Loi hospitalière de 91 : «le Directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art» n'aurait alors, comme la quasi globalité de la communauté médicale hospitalière en fait l'analyse, qu'une valeur décorative. Cette phrase perd évidemment tout son sens si le médecin hospitalier est statutairement dépendant des pouvoirs politiques et administratifs locaux et régionaux, ou si ces derniers sont en mesure, comme c'est ici le cas, de définir la fonction médicale, son exercice, et ses limites, au gré de leurs attentes. Cet aspect prend évidemment une dimension encore plus grande pour les psychiatres, dont les pratiques peuvent avoir une incidence sur les libertés individuelles.

Les reproches du Directeur de l'EPSM, que j'ai pris la liberté de traduire du langage administratif en langage et implications médicales (ci-dessous pour partie et joint dans la lettre ouverte au Directeur de l'EPSM) sont :

1) D'avoir exercé mes fonctions de Chef de Service et, à ce titre, d'avoir utilisé les moyens du service au plus près de l'intérêt des patients ;

2) D'avoir refusé de proposer des traitements au moindre coût inadaptés pour les patients dont nous avons la responsabilité ;

3) D'avoir permis l'accueil direct dans le service de tous les patients du secteur afin de limiter les délais de prise en charge par l'équipe et de limiter les facteurs de discontinuité dans le traitement. D'avoir permis un accueil dans le service et donc dans l'établissement de centaines de patients relevant des autres secteurs ;

4) D'avoir privilégié la psychiatrie de liaison sur l'hôpital local du secteur (Polyclinique de Grande-Synthe) qui accueille 1/3 des passages aux urgences du littoral, sans distinction du secteur de provenance, tout en permettant des consultations de liaison rapides sur l'hôpital de Dunkerque ;

5) D'avoir tenté le plus longtemps possible (12 ans) de défendre un projet d'implantation de lits le plus adapté aux besoins de la population, de l'équipe et d'un coût "raisonnable" (plus proche des patients et de leur famille, articulé à un plateau technique existant). Vous me reprochez, Monsieur le Directeur, d'avoir essayé de limiter les conséquences négatives d'orientations autoritaires, inadaptées et coûteuses préconisées par l'ARH, de veiller à ce que le surcoût (essentiellement qualitatif : difficultés d'accès et moindre disponibilité soignante) soit le moins possible endossé par les patients et leur famille, en refusant de travailler sur un projet sans avoir la moindre idée des moyens mis à disposition, etc.».

Cela prend ici tout son sens. Le bilan quinquennal présente une liste des dysfonctionnements ; le pire d'entre eux et évidemment celui qui nous détournerait de l'intérêt des patients au profit d'une politique du chiffre tel que nous l'évoquons à la page 6 du bilan quinquennal (en pièce jointe), pour survivre en paix nous serions donc inévitablement, consciemment ou inconsciemment, obligés d'intérioriser ce modèle de fonctionnement pourtant totalement insoluble dans la déontologie médicale.

Si les propos tenus dans le bilan quinquennal représentent pour le Directeur de l'ARH un réquisitoire, je rappelle qu'il est de ma responsabilité d'établir ce bilan sans que ne puisse être mises en cause, mes compétences professionnelles, mon éthique, l'exercice de mon métier et les responsabilités que j'exerce, ainsi que ma conception du service public de santé, de la solidarité, notions et valeur que je partage avec l'ensemble de l'équipe.

Je vous demande, Madame le Ministre, dans le cadre de ce recours hiérarchique d'annuler la décision du 22 juillet 2009 du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord Pas-de-Calais formulée dans l'arrêté sus-cité et me reconduire dans mes fonctions de Chef de Service à l'EPSM des Flandres sur le secteur 59 G 04.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Docteur Pierre PARESYS,

Médecin-Chef du Secteur 59 G 04