



Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2013 - n°71

Janvier 2013

Journées de rencontre régionale (PACA)
de la Commission Nationale de Psychiatrie (CNP)
des 14 -15 -16 novembre 2012 à COARAZE

Pour une meilleure prise en charge en psychiatrie et des moyens pour l'ensemble du territoire

Les professionnels de santé veulent pouvoir exercer leurs métiers correctement en Psychiatrie. La Psychiatrie ne veut plus être sacrifiée.

Sur le plan national, ces dernières années, les malades psychiatriques ont été assimilés systématiquement à des personnes dangereuses et violentes. Les personnels, par manque de moyens et de formations spécifiques, sont réduits dans l'exercice de leurs professions à être des producteurs de soins et de surveillance. Ils attendent des décisions significatives de ce nouveau gouvernement afin que soient rétablis l'analyse institutionnelle, le travail d'équipe et l'élaboration psychologique autour des patients et de leur souffrance.

Ce serait un premier signe donné dans le cadre du pacte de confiance.

La CGT apporte son témoignage sur les difficultés récurrentes dans les services et hôpitaux accueillant les patients psychiatriques, en région PACA, mais aussi dans toute la France, à travers :

- ♦ des plans de restructuration et regroupements de services, d'hôpitaux,
- ♦ des mises sous tutelle ou des plans de redressement financiers pour un retour à l'équilibre entraînant des conséquences graves sur les conditions de travail des personnels et d'offre de soin pour la population,
- ♦ des agences régionales de santé (ARS) qui restent sourdes aux demandes d'audience et de réponses des représentants des personnels, appliquant les mêmes règles d'austérité qu'avant le changement de gouvernement : loi HPST dite Bachelot, Budget de l'Assurance Maladie (PLFSS) inférieur aux besoins de soins de la population, éloignement des lieux de prise en charge, etc...
- ♦ le transfert passif vers le médico-social, voire le social.

La CGT a des propositions et veut être entendue par la Ministre de la Santé et en région :

- Arrêt immédiat des restructurations et fusions d'hôpitaux et des services,
- Résorption de l'endettement des hôpitaux et rachat des emprunts toxiques par la Banque Publique d'Investissement.
- Fin des taxations sur les salaires et exonération de la TVA sur les hôpitaux.
- Un plan Emploi-Formation-Qualifications répondant à la prise en charge en psychiatrie et un budget spécifique pour le secteur en concertation avec les représentants du personnel,
- Une politique des salaires ambitieuse,
- La reconnaissance de la pénibilité pour tous les personnels du secteur sanitaire, social et medico social et le rétablissement immédiat pour les infirmiers-es du droit à la retraite à 55 ans et 60 ans pour tous,
- Arrêt de l'expérimentation de médiateurs de santé,
- Suppression de tous les ordres, notamment l'Ordre Infirmier. Les Infirmiers-es ont déjà leurs instances hospitalières et leurs propres représentants syndicaux. Même gratuit, l'Ordre, ils n'en veulent pas,
- Une loi d'orientation pour la psychiatrie.

Fédération de la Santé et de l'Action Sociale

263, rue de Paris • Case 538 • 93515 Montreuil Cedex • Tél. : 01 48 18 20 98 • Site internet : www.sante.cgt.fr • E-mail : com@sante.cgt.fr

Intervention de Yasmina SELLOU, Educatrice spécialisée - Animatrice de la CNP.

Le projet de la CNP s'inscrit dans le cadre des orientations, des décisions de notre dernier congrès fédéral et dans la continuité du travail déjà effectué.

A la CGT, nous portons pour ce secteur d'activité des propositions revendicatives, innovantes et ambitieuses.



Pour mémoire, nos revendications, inchangées depuis plusieurs années sont :

La création d'un grand service public de la santé et de l'action sociale, un plan d'urgence emploi / formation / qualifications et une loi d'orientation pour la psychiatrie.

En effet, il nous paraît important de renouer, dans les territoires, avec une psychiatrie de secteur renouvelée et confortée. Cela passe par une loi d'orientation réaffirmant la place de l'humain au cœur du dispositif. Mais auparavant, afin de mieux répondre aux besoins de la population dans tous ces territoires, pour une juste égalité d'accès aux soins, pour redonner aux salariés de ce secteur les moyens de prendre en charge les patients dans de bonnes conditions, **il est indispensable de faire un état des lieux précis de l'offre de soins existante.**

Aujourd'hui, il nous faut une photographie réelle des effectifs, c'est à dire une vision exhaustive des suppressions de postes, des transferts d'activités vers le médico-social, le social, le privé lucratif, ainsi que de toutes les externalisations afin d'affiner nos propositions en terme d'emplois qualifiés et d'établissements renouvelés. Dès la 1^{ère} réunion de la CNP de ce mandat, nous nous sommes donnés quelques objectifs, pour mieux aider les collectifs de travail, dans les territoires, à s'emparer de la question de la psychiatrie, via les USD et les régions. Nous avons décidé de travailler de la manière suivante :

Pour la période de septembre 2011 à 2012, la tenue d'une commission tous les deux mois, dont une en juin 2012 sur deux jours à Montreuil et une décentralisée en région ; pour cette année : la région PACA.

Le contexte de crise économique que nous traversons inflige à ceux qui sont exclus du monde du travail, et aux millions de personnes dans la précarité, une perte de repères, un éloignement d'un principe fondamental de la vie en société : la solidarité.

Nous sommes convaincus que **le travail, la vie au travail et hors travail** contribuent à l'épanouissement de l'individu et sont une source indispensable au progrès. Les restructurations, les licenciements, le non accès à l'emploi ou la précarité, allant jusqu'à la grande pauvreté sont, au contraire, de grandes sources d'inquiétude. Selon nos gouvernants à la solde du MEDEF, les droits

collectifs, les services publics coûtent trop cher à la société. Les individus, au travers du sacro-saint principe de compétitivité, sont renvoyés à leur propre responsabilité dans la précarité qu'ils subissent et coupables des maux dont ils sont victimes. Cet état de fait, nous le savons bien dans notre secteur, génère **stress, mal-être, perte de repères, et peut conduire à des troubles psychiatriques.**

Les professionnels de la santé et de l'action sociale, en particulier ceux de la psychiatrie, savent combien les bouleversements sociétaux et le désengagement politique et financier de l'État peuvent provoquer des ruptures difficilement réparables sur plusieurs générations.

Il ne peut y avoir de changements durables dans la santé et l'action sociale sans un service public fort, renouvelé et innovant, pivot de la prise en charge, de la naissance à la mort.

De plus, si nous n'y prenons garde, la banalisation rampante des idées réactionnaires et rétrogrades avec, entre autres, la stigmatisation des populations les plus vulnérables, entraîne dans notre secteur du soin et de l'accompagnement des personnes l'accommodation **à une perte de sens** dans notre travail. Quelles sont les finalités de nos actions ? Quelles sont les valeurs que nous portons en équipe ? Pourquoi cet outil plutôt qu'un autre ?

Ces dernières années, les patients et les personnels de la psychiatrie en ont fait les frais à travers **la loi du 5 juillet 2011**. A l'aune de cette loi, les patients ne sont plus considérés comme des personnes souffrantes avant tout, mais plutôt comme des délinquants en puissance, souvent irrécupérables, nécessitant l'enfermement y compris parfois carcéral. Les injonctions de soin se multiplient ne laissant que peu de place à l'alliance thérapeutique, condition préalable à la notion de soin en psychiatrie.

Pourquoi les pouvoirs publics ont-ils si peur de s'appuyer sur les professionnels, à travers leurs représentants, pour ouvrir en grand le débat d'une loi d'orientation pour la psychiatrie ?

Dans l'immédiat pour redonner confiance, puisque telle est la volonté affichée de ce gouvernement, via la mission Couty et sans attendre, pourquoi ne pas commencer par abroger la loi HPST, celle du 5 juillet 2011 et stopper toutes les restructurations en cours ? Pourquoi ne pas débattre des propositions des organi-

sations de salariés, et bien-sûr de celles portées par la CGT, pour enfin sortir du tout-arbitraire ?

C'est ce qu'attend aujourd'hui le secteur de la psychiatrie pour se réinventer.

Il est impératif d'en finir avec le démantèlement du secteur de la santé et de l'action sociale. Les établissements de psychiatrie comme les hôpitaux généraux, en grande difficulté budgétaire, sont contraints de vendre leur patrimoine pour survivre. Comment peuvent-ils assurer une réelle prise en charge mettant en valeur une psychiatrie de secteur ?

Les salariés seuls ne peuvent combattre les ravages d'une marchandisation de la santé et de l'action sociale, d'une criminalisation des patients, des attaques faites aux garanties collectives. Dans ce secteur, comme partout, le personnel reste la seule variable d'ajustement. Or, notre secteur d'activité est producteur de richesses.

Le syndicalisme CGT a une grande responsabilité dans sa capacité à informer, à rassembler, à construire un rapport de forces qui doit être à la hauteur du défi imposé par cette régression. Personne aujourd'hui n'est capable d'évaluer son impact.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons intérêt à construire et à participer à tous les mouvements européens, interprofessionnels et professionnels, contre les plans d'austérité, la casse des services publics, la désindustrialisation...

Pour notre secteur, les attaques sur la protection

sociale, via un ONDAM, en dessous de la simple reconduction des activités doivent nous motiver pour impulser et réussir la mise en œuvre des décisions revendicatives et des luttes que la direction fédérale a proposées à nos organisations.

Dans la période, la CGT, comme toujours, est porteuse du rassemblement des salariés le plus unitairement possible. Nous sommes optimistes, les salariés font confiance en la CGT, en la plaçant première organisation syndicale de notre champ ; nous venons de dépasser les **70 000 syndiqués**.

Avant de conclure, une pensée pour notre camarade **Jean FERRANDI** qui nous a quittés des suites d'une longue maladie.

Son engagement a été désintéressé et généreux tout au long de sa carrière pour, notamment, prendre en charge les populations les plus exclues (comme les gitans dans un quartier défavorisé de Nice, l'Ariane). Il aurait pu aussi être un riche médecin niçois, mais il revendiquait de n'avoir jamais oublié d'où il venait. Il a su mettre aussi sa carrière au second plan à travers son engagement syndical au service de tous les salariés.

Jean, tu savais écouter, proposer et donner envie de militer. Notre fédération perd un grand dirigeant, la CGT perd un grand militant.

Merci, Jean, pour tout ce que tu nous as apporté. ■

Intervention de Stéphane BARBAS, Pédopsychiatre - Membre de la CNP

LA NECESSITE POUR LA CGT D'UNE LOI D'ORIENTATION POUR LA PSYCHIATRIE

La CGT demande une loi d'orientation ou de programmation pour la psychiatrie. Cette nécessité a été reprise dans certains rapports officiels, comme le rapport COUTY ou le rapport MILON au Sénat, c'est aussi une attente d'autres organisations syndicales, notamment de psychiatres. Pour autant, nous ne partageons pas les solutions qui sont proposées dans ces rapports.

Il est donc indispensable de discuter du contenu de cette loi d'orientation.

Un texte définissant de manière cohérente l'organisation de la psychiatrie apparaît d'autant plus nécessaire que dans la période précédente, différentes lois sont venues attaquer le service public de psychiatrie, que ce soit la loi HPST ou la loi du 5/07/2011 sur les hospitalisations sous contrainte.

Le moins que l'on puisse dire, c'est que ces lois ont été mises en œuvre sans réelles concertations et même contre l'avis de la majorité des professionnels.

Une future loi d'orientation devra être précédée d'une vraie concertation avec les organisations représentatives parce que, même si beaucoup la réclame, les avis sont divergents sur son contenu et qu'un tel sujet mérite de prendre le temps.

Il faut en finir avec les lois prises à la hâte au gré des faits divers.

Un état des lieux préalable

La première étape indispensable est d'établir un état des lieux portant sur les moyens :

- ◆ matériels et en équipement, en particulier au niveau de l'implantation des structures,
- ◆ humains : à savoir les effectifs réels budgétés et le taux de postes pourvus. tenant compte de la projection de la démographie dans les différentes professions et des ratios par rapport aux besoins et de la situation sur la formation de ces personnels.

En corolaire, l'état des lieux devra rendre visibles les **budgets réellement alloués à la psychiatrie**. Aujourd'hui cette visibilité n'est guère possible, notamment sur les hôpitaux généraux où les budgets sont noyés dans les budgets MCO et où la psychiatrie a bien souvent servi à équilibrer les comptes de l'hôpital.



Le bilan devra porter également sur les besoins à partir de l'activité des secteurs, dont les bilans montrent depuis des années une augmentation régulière, mais qui n'a jamais été prise en considération. D'autres outils devront être créés pour

affiner ces besoins, car la mesure de la seule activité, étant liée aux moyens existants, ne fait pas apparaître les manques.

Il faudra prendre en compte également les glissements par défaut vers le médico-social qui peuvent contribuer à sous-estimer les besoins réels en psychiatrie.

Il faudra mesurer l'impact des suppressions de lits notamment ces dernières années.

Je donne la référence d'un document de la DREES^(*) qui montre, entre 1989 et 2003, une forte diminution des lits de psychiatrie en France, environ 300 000 à 200 000, alors que la courbe du nombre d'hospitalisations augmente régulièrement (ce qui signifie une diminution très importante des durées de séjour).

Ce document figure dans un bilan régional pour l'Île de France publié par l'ARS en juin dernier, les autres régions doivent disposer de documents identiques.

Le bilan doit enfin porter sur les différentes lois, pour mesurer leurs impacts sur les soins et les conditions de travail des personnels, en particulier celle de juillet 2011, qui a pénalisé les patients (dans tous les sens du terme) et a dégradé les conditions de travail des soignants.

Pourquoi une loi d'orientation ?

La loi sur les hospitalisations sous contrainte n'est pas une loi pour la psychiatrie, c'est une loi sécuritaire.

Les différentes restructurations hospitalières ont de leur côté fortement aggravées les problèmes des services de psychiatrie, sans prendre en compte ses spécificités et l'organisation sectorielle, qui de fait s'est trouvée remise en question, quoi qu'on dise.

Les fusions d'hôpitaux ont souvent été l'occasion d'intégrer la psychiatrie dans les hôpitaux généraux, au détriment de la psychiatrie dans la très grande majorité des cas, que ce soit en termes d'effectifs ou de budget. La loi hôpital 2007 n'a fait qu'accentuer ce mouvement, que poursuivra la loi HPST à plus grande échelle.

L'abrogation de la loi HPST est donc nécessaire avant d'envisager une loi pour la psychiatrie.

Il faut poser en préalable que, sans remise en question de cette loi qui fait disparaître le secteur dans de grands territoires administratifs et sans abroger la loi du 5 juillet qui oriente toute l'organisation de la

psychiatrie à partir de priorités sécuritaires, il ne saurait y avoir une réforme novatrice de la psychiatrie.

La CGT s'opposera à une loi d'orientation sur la psychiatrie qui a pour but d'intégrer la loi HPST et de s'adapter à celle sur les hospitalisations sous contrainte.

La CGT reste insatisfaite concernant les réponses du plan de santé mentale 2011-2015 proposé qui évitent le débat sur une loi d'orientation. Le risque serait que la loi d'orientation soit calquée dessus.

Une remise en question préalable de la loi HPST

La CGT demande le retrait de cette loi car elle vise au démantèlement du service public hospitalier en réorganisant, à travers les CHT, l'offre de soins au profit du privé chaque fois que c'est possible.

Plus spécifiquement en ce qui concerne la psychiatrie, cette loi remet en question le secteur comme base d'organisation, la notion de territoire tel qu'il est défini dans la loi ne correspondant ni à l'échelle géographique ni aux missions du secteur. Les organisations syndicales de psychiatres ont exprimé leur réserve de ce point de vue.

Certaines, comme le SPH, proposent des GCS d'établissements, différents des GCS de moyens, dont le but est purement gestionnaire.

Il faudrait évaluer en quoi ce dispositif pourrait converger avec notre revendication d'un établissement public de secteur psychiatrique EPSP.

Mais attention, dans le cadre de la loi HPST, toute revendication d'une spécificité de la psychiatrie risque d'être récupérée pour dissoudre la psychiatrie dans un dispositif identique à celui de MCO. Il en est ainsi des CHT-psychiatriques qui commencent à être envisagés, comme sur Paris actuellement.

Certains psychiatres s'inscrivent dans ce type de projet, où une certaine spécificité est reconnue à la psychiatrie, tellement leur crainte principale est aujourd'hui de voir disparaître les moyens de la psychiatrie dans les PREF de chaque hôpital.

Que ceux qui y adhèrent le fassent en espérant sauver le secteur comme un échelon territorial inférieur ou qu'ils soient contre le secteur, cela ne changera pas grand-chose. La logique gestionnaire des CHT restera la même : la mutualisation des moyens propres de la psychiatrie est en contradiction avec la politique de secteur dont les moyens reposent sur une équipe stable.

Une loi d'orientation doit reposer sur la sectorisation

Mettre le secteur comme principe d'une loi novatrice pour la psychiatrie suppose toutefois de s'entendre sur ce qu'on appelle le secteur.

Les uns et les autres s'en réclament et, dans les déclarations officielles, le secteur ne semble pas remis en question alors qu'il l'est dans les faits.

♦ *Il est donc important en préalable de dire que le secteur ne peut être réduit à un simple découpage administratif du territoire, pas plus qu'à un critère arbitraire de nombre d'habitants.*

Il s'agit d'une vision purement gestionnaire du secteur qui est malheureusement souvent encore prévalente.

♦ *de préciser notre conception du secteur qui doit être entrée sur la continuité des soins et du lien thérapeutique.*

J'ai pensé intéressant d'éclairer ce débat avec la critique faite par Guy BAILLON, psychiatre des Hôpitaux de la région parisienne à la retraite, du récent rapport de la *thinktank* Terra nova qui fait des propositions pour la psychiatrie.

Ce rapport, écrit par deux directeurs (Piero CHERICI et Guillaume PRADALIE), est intéressant : il permet de mesurer ce qui est dans l'air du temps, d'autant plus que Terra Nova est idéologiquement proche du Gouvernement et du Parti socialiste.

Bien des points de ce rapport pourraient être discutés, à commencer par l'opinion selon laquelle « *la loi du 5 juillet 2011 a apporté des avancées incontestables en matière de droits des patients* ».

L'intérêt pour nous est de nous arrêter sur les propositions concernant le secteur. Les auteurs en reconnaissent la pertinence mais pour le sauvegarder, ils envisagent d'en changer la taille de 70 000 à 150 000 ou 200 000 habitants pour « atteindre une « masse critique » efficace.

En réponse, Guy BAILLON a raison de dire que ce qui définit le secteur n'est ni son découpage ni sa taille, mais la continuité du lien qu'il permet.

Il parle d'une « communauté d'histoire », celle-ci ne concerne pas uniquement les liens de l'équipe soignante avec le patient mais aussi les liens de celui-ci avec son environnement. Je pense que nous pouvons nous retrouver dans cette définition du secteur.

Le secteur n'a pas qu'une définition territoriale, qui au passage le rendrait compatible avec la définition du territoire, dont il constituerait un premier niveau. La question de la proximité géographique est importante, ce qui suppose d'ailleurs une taille limitée mais il est aussi question ici de **continuité des soins et surtout de continuité des liens**.

Il peut y avoir une organisation de la continuité des soins sans forcément continuité du lien thérapeutique : le parcours de soins, les réseaux, les équipes mobiles...etc.

J'ajouterai une remarque d'ordre clinique pour définir le secteur : il ne faut pas le limiter à une organisation spatiale, mais prendre en compte sa **dimension temporelle dans la continuité des soins**.

Nous nous occupons de patients qui demandent des soins au long cours du fait de leur psychopathologie, souvent de patients chroniques.

La dimension temporelle est inhérente au fait psy-

chopathologique lui-même et on ne peut pas l'évacuer simplement en qualifiant la maladie mentale de handicap psychique, afin de transférer le suivi vers le médico-social.

La sectorisation ne s'est pas développée pour empêcher les hospitalisations, mais pour s'opposer aux hospitalisations chroniques qui constituaient le fondement de l'asile.

A défaut de prendre en compte cet aspect de la durée dans les soins psychiques, la définition du secteur peut être source de bien des malentendus.

Par exemple, le secteur a été mis en avant pour justifier une forme de désinstitutionalisation, qui a permis la suppression de lits (et en corolaire la disparition des pratiques institutionnelles qui allaient avec).

Sous prétexte de lutter contre la chronicité à l'hôpital, on a exclu de plus en plus de malades dits chroniques de l'hôpital, les renvoyant (au mieux) vers le médico-social.

Le médico-social s'est trouvé alors en position alternative aux soins psychiatriques alors qu'il devrait être en complémentarité.

Ce mouvement de désinstitutionalisation, motivé par des raisons économiques, se trouvait en quelque sorte justifié par cette conception du secteur.

Dans les services pour enfants, la désinstitutionalisation s'inscrit dans un projet politique, comme le prouve la lettre des ministres européens de Février 2010, qui demandent autant que possible de supprimer les institutions pour les enfants handicapés. C'est en conformité avec le plus pur modèle libéral, qui vise à supprimer les aides publiques pour les remplacer dans le meilleur des cas par des allocations compensatoires, pour obliger les usagers à trouver les aides dans le privé.

On a parfois voulu confondre le secteur avec l'extra-hospitalier, en l'opposant à l'institution hospitalière, ce qui se concrétisait par exemple dans le rapport COUTY par une séparation radicale entre le secteur situé dans le champ social et les services d'hospitalisation psychiatrique, aboutissant à une **séparation aberrante entre la santé mentale et la psychiatrie**.

La continuité des soins suppose donc des moyens institutionnels préservés, suffisamment diversifiés mais sectorisés. Ceci ne veut pas dire que certains de ces moyens ne puissent pas être partagés entre plusieurs secteurs sous forme de structures intersectorielles comme cela s'est toujours fait. ■

(*) DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

PROPOSITIONS DE LA CGT (à discuter)

Ces réflexions nous permettent d'avancer nos revendications :

- ▶ Que toutes les suppressions de lits et de places en psychiatrie soient gelées de manière immédiate,
- ▶ Que des places et des lits soient rapidement ouverts dans certains secteurs, en particulier les lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie,
- ▶ Mise en place de structures ou de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation (qui n'ont pas été créés alors que le nombre de lits a diminué).

Dans la perspective d'une loi d'orientation

La CGT propose une attribution budgétaire pour chaque secteur à travers la mise en place d'un établissement public de secteur EPSP. La sectorisation est indissociable de concertations avec les tutelles, les politiques ou le secteur médico-social.

Plusieurs instances pourraient être mises en place :

♦ **au niveau local** : les conseils de secteur qu'il faudrait différencier des conseils de santé mentale.

♦ **au niveau départemental et régional** : des instances spécifiques.

Actuellement il n'y a plus d'espace de concertation démocratique pour la psychiatrie, depuis la disparition des conseils départementaux de santé mentale et la mise en place des ARS.

♦ **au niveau national** : une commission nationale pour la psychiatrie.

Des politiques spécifiques doivent être mises en place avec les financements adéquats concernant la formation, point clef pour une réforme de la psychiatrie. Les manques de la formation sont l'une des premières insatisfactions des professionnels qui travaillent en psychiatrie.

Depuis la disparition d'une formation spécifique, le manque de formation est, avec le manque de moyens, souvent incriminé dans les situations difficiles avec les patients.

Une politique de recherche spécifique à la psychiatrie doit être mise en place. Cette recherche devra porter sur la clinique, la thérapeutique et l'épidémiologie, sans être limitée aux seuls domaines qui intéressent les universitaires, et surtout sans laisser le champ libre aux laboratoires pharmaceutiques. ■

Christian GROS

Cadre de santé CH Montperrin, USD 13, Coordination Nationale Psychiatrie

Historique d'une Grève sur le CH Montperrin (Aix en Provence).

Depuis 2005, nous ne cessons de dénoncer le budget déficitaire, voté à l'unanimité par tous les élus, aussi bien de Droite que de Gauche, ne permettant pas de reconduire le fonctionnement de l'existant.

A cette époque, l'A.R.H. (Agence Régionale de l'Hospitalisation) a instauré un débasage consistant à changer le mode de financement de la dotation globale pour le passage de la tarification à l'activité : le taux de conversion se traduira par une diminution de 900 000 € sur le budget annuel (sous-dotation constatée par la Cour Régionale des Comptes).

➔ **Année 2009 : déficit de 1,6 millions d'€ et 1^{er} Plan de retour à l'équilibre qui va peser essentiellement sur les personnels techniques et logistiques (non remplacement des départs en retraite). Notre Directeur, à l'époque, aurait pu déposer un contentieux auprès de l'ARH pour dénoncer ce manque de financement, mais il ne l'a pas fait...**

Scénario identique en 2012, avec un déficit de 1,6 millions d'€ et un report déficitaire de 3,5 millions d'€ au titre des exercices précédents, soit un déficit cumulé de 5,1 millions d'€. La nouvelle Direction du CH va donc proposer un nouveau Plan de Retour à l'Equilibre (22 mesures) pour rééquilibrer le Budget du CH. Ces 22 mesures vont à l'encontre de toutes les prestations psychiatriques hospitalières publiques en réduisant l'offre de soin et la qualité des prises en charge (ces mesures seront supportées par les patients et les personnels)...

Au vu de cette situation dramatique et du refus de la Direction de négocier, les personnels de Montperrin décident alors d'initier une grève qui va être une Intersyndicale regroupant tous les syndicats du CH, y compris les syndicats médicaux. Cette grève aura lieu, dans un premier temps, tous les mardis (du 19 Juillet 2012 au 26 Novembre 2012) puis va devenir grève

illimitée à compter du 26 novembre 2012.

Le 28 Novembre 2012, l'ARS reçoit enfin les représentants de l'Intersyndicale pour nous proposer un Plan de Retour à l'Equilibre (certaines mesures vont être retirées : le personnel conservera les acquis des accords locaux sur les 35 heures, le maintien des CAP 48 de Salon de Provence et d'Aix en Provence sur sites, la pérennisation du Pool de Renfort Soignant, la continuité du Projet Oxalis (Unité hospitalisation adolescents)... que les patients ne paient pas le lavage de leur linge... Certaines mesures devraient être conservées, comme la suppression de 6,5 postes d'encadrement, l'avancement au choix échelons et grades (alignement sur le modèle départemental)... mais les négociations autour de ce Plan devraient continuer. En contrepartie de l'acceptation de ce Plan, l'ARS s'est engagée à verser une enveloppe financière pour accompagner les projets. La Direction demande 700 000 euros. A ce jour, nous ne savons pas encore le montant qui nous sera alloué.

En guise de conclusion...

Ce qui est important à dire : ce que nous avons pu obtenir, et ce qui reste à obtenir ... s'est fait grâce à la mobilisation des personnels du CH (même minime durant l'été 2012... mais on ne lâche rien.)

De nombreuses actions ont été menées, humoristiques comme la parution de vente du CH Montperrin sur « Le Bon Coin », efficace comme l'occupation du self de Montperrin et la gratuité des repas sur un déjeuner... Le blocage du BIPHA (livraison de linge inter-hospitalier), la Veille Sanitaire du 26/11/12 de 16h 00 jusqu'au lendemain et l'occupation des locaux de l'Administration sur un mode citoyen avec invitation d'associations comme ATAC, La Ligue des Droits de l'Homme, la Confédération Paysanne, FR3, la presse locale... lieu d'échanges et de parole... ■

ÉTAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE EN P.A.C.A.

→ **L'hôpital psychiatrique de MONTPER-RIN (13)** est en grève depuis le 19 Juillet 2012 suite à l'annonce par la direction d'un déficit financier de 1 600 000 €. Le mouvement s'est organisé en intersyndicale et avec les médecins. Tous les mardis, il y a une action, l'hôpital est en plan de retour à l'équilibre.

Il y a 1 200 agents et 100 syndiqués CGT. La psychiatrie privée lucrative prend en charge beaucoup de patients du public (par manque de lits).

→ **L'hôpital de DIGNE (04)**. Il y a 12 ans, fusion CHD – CH; 8 millions de déficit et 3 millions d'emprunts toxiques. ■



ÉTAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE EN AQUITAINE

En Aquitaine, la commission Régionale de Psychiatrie CGT se réunit en moyenne tous les deux mois, elle est en lien direct avec la coordination régionale santé Action Sociale. Elle met en place des actions communes et des rencontres avec l'ARS.

GIRONDE

Deux hôpitaux psychiatriques pour une population de 1 450 000 habitants.

→ **CHS Charles Perrens : 880 lits pour 986 197 habitants. Déficit 600 000€.**
- Diminution de lits et des personnels.
- Réorganisation du temps de travail avec badges en cours, chambres particulières payantes.

→ **CHS CADILLAC : 539 lits pour 463 803 habitants (dont 100 en UMD)...**
- Déficit prévu de 670 000 € pour 2013.
- Nous frôlons le plan de retour à l'équilibre
- Réorganisation du travail (en cours).
- Suppression de 28 ETP sur 6 mois (personnels en CDD toutes catégories et tous pôles confondus - 14 ETP en 2013)
- Mise en place d'un forfait pour chambre particulière et augmentation du tarif de la Sécurité Sociale.
- Réduction de l'offre de soin (nombre de lits à l'UMD)...

DORDOGNE

Pas d'information, car il n'y a aucun membre à la Commission Régionale de

Psychiatrie depuis plus d'un an. A l'époque, le CHS de Vauclaire était en grosse difficulté (manque important de psychiatres).

LOT ET GARONNE

→ **1 CHD (LA CANDELIE) : 364 lits dont 48 en MAS pour 333 555 habitants.**
- Fin 2012 : déficit prévisionnel de 250 000 €.
- Néanmoins en août 2012, recrutement de 40 infirmiers, il manquait 70 emplois temps plein (ETP) d'infirmiers.

RECTIFICATIF : Lors du dernier CTE du 11/12/12, le directeur a annoncé qu'il n'y aurait plus de déficit suite à une rallonge budgétaire de l'ARS.

LANDES

→ **1 CHS (Ste-Anne Mont de Marsan) qui a fusionné en 2000 avec le CHG (gardant son site) - 205 lits en psychiatrie pour 384 000 habitants.**
- Déficit de 3 millions d'euros pour le CHS (5 millions pour le CHG et le CHS).
- P.R.E. (Plan de retour à l'emploi).
- 50 postes supprimés, fermeture de lits et de 4 hôpitaux de jour.
- Réorganisation du temps de travail (7h45 au lieu de 8 heures).
- Un service psychiatrique à l'hôpital de DAX de 20 lits.
- Tous les entrants du territoire sont envoyés sur le CHS de MONT DE MARSAN, puis redirigés sur DAX.
- Déficit de 1 500 000 € pour l'hôpital de DAX.
- P.L.E.D. (Plan de Limitation de

l'Evolution des Dépenses).

- Réorganisation du temps de travail en cours.

PYRÉNÉES ATLANTIQUES

→ **1 CHS à PAU et des services de psychiatrie à l'Hôpital de BAYONNE (759 lits pour 671 644 habitants).**
CHS de PAU : 339 lits.
Pas de déficit (Mais un plan de retour à l'équilibre datant de 2 ans)
- Réorganisation du temps de travail en 12 heures sur l'ensemble du CHS sauf le SAU (service d'accueil d'urgence) et un centre de crise de 10 places (ouverture en novembre 2012).
Pour ces deux services, travail en 7h30.
A l'époque, il y avait eu fermeture de lits et suppressions de personnels PSY à l'hôpital de BAYONNE : 120 lits, pas de déficit.

En conclusion :

En 10 ans, la psychiatrie en Aquitaine a perdu des lits, et a subi des fermetures de structures (intra et extra, dues à la loi HPST) et une pénurie de personnels (suppression de postes). La majorité des hôpitaux psychiatriques se retrouve en déficit. ■

(1) UMD : Unité pour malades difficiles

(2) CHD : Centre hospitalier départemental

(3) CHS : Centre hospitalier spécialisé

Nadia MISSAOUI du CHS de MAISON BLANCHE (93)

Résolument contre la CHT (Communauté Hospitalière de Territoire)

Deux ans après une première mobilisation, face au projet de la mise en place d'une CHT (outil de la Loi HPST) psychiatrie parisienne pour les établissements : Maison Blanche, Sainte-Anne, Perray Vacluse, les Hôpitaux Saint-Maurice, l'ASM13...

Ces établissements se sont vus contraints de s'opposer à la mise en place de cette CHT et d'une gouvernance unique dès le mois d'octobre 2012, à travers les interventions déterminées des salariés et des syndicats de tous les établissements, dans



© Jean-Claude Kagan. La Photothèque du Mouvement Social

chaque Conseil de Surveillance de chaque établissement, pour empêcher les votes donnant la possibilité à l'ARS de fusionner les établissements psychiatriques parisiens, dans le cadre d'une direction unique, transférer les activités, mutualiser ou supprimer des services entiers, amener à la mobilité des salariés sur l'ensemble des établissements, niveler les acquis sociaux par le bas, et détruire la politique de secteur en psychiatrie.

Le Conseil Régional d'Île de France a rendu un avis non favorable au plan Régional de Santé et a voté une demande de moratoire sur les restructurations d'hôpitaux et d'activités de Santé, dans l'attente de la nouvelle loi cadre de Santé Publique qui doit être proposée en 2013.

Les élus d'arrondissements parisiens ont été rencontrés, ainsi que les élus du Conseil Régional d'Île de France. Un courrier a été envoyé à la Ministre de la Santé, et le 4 décembre 2012, les représentants de la psychiatrie, dans le cadre d'une délégation au ministère de la Santé ont donné les arguments pour expliquer l'opposition déterminée à la mise en place d'une CHT Psychiatrique à Paris.

L'intersyndicale inter hospitalière ainsi que les salariés des établissements parisiens restent mobilisés et préparent la rencontre du 21 Janvier prochain avec l'ARS, obtenue grâce à une mobilisation massive des salariés.

La CHT Psychiatrique Parisienne est un ballon d'essai, il faut la mettre en échec au risque que s'ensuivent d'autres CHT dans d'autres régions de France.

Toute la psychiatrie du territoire national est concernée. ■