

RÉVISION DE LA LOI 2011



Une proposition de loi vise à modifier la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement dont la CGT demande l'abrogation depuis le début. Cette loi n'est pas amendable. Il s'agit en effet d'une loi purement sécuritaire, dangereuse pour la liberté des patients et pesante pour les soignants au détriment de leurs missions de soins.

Après l'Assemblée, le Sénat a envisagé quelques modifications qui portent sur l'audience du JLD qui devait se faire sur le lieu de soins, sur le statut des UMD qui resteraient des lieux d'hospitalisation de droit commun et sur un allègement des mesures concernant les sorties et les soins ambulatoires.

Les remarques du conseil constitutionnel et les difficultés d'application de la loi ont pesé sur ces décisions de modification. Toutefois, le problème reste entier, il ne faut pas rendre cette loi applicable ni juridiquement présentable. Agir ainsi, c'est reconnaître le bien-fondé de son principe et la rendre acceptable.

La CGT demande l'abrogation préalable de la loi de 2011, non pour se satisfaire de la loi précédente de 1990, mais parce que toute réforme des soins sans consentement doit être précédée d'une loi d'orientation sur la psychiatrie.



Si le gouvernement a réellement l'intention d'ouvrir le débat sur une loi sur la psychiatrie il est inopportun de commencer en redorant le blason des lois sarkozystes.

Un débat de fond est nécessaire dans lequel la question des moyens est centrale sans que ceux-ci soient priorités pour les soins sous contrainte.

“ Contribution à la réflexion

Synthèse sur la législation relative aux soins psychiatriques

(Jean-Marc PANFILI, cadre supérieur de santé en psychiatrie adulte, Docteur en droit, septembre 2013),



En matière de soins psychiatriques sans consentement, nous avons l'occasion de délaissier une logique administrative pour une procédure exclusivement judiciaire comme elle se pratique ailleurs en Europe. Tel n'est pas le cas, et le juge judiciaire inter-

vient seulement de plein droit a posteriori, au titre du contrôle du fond et de la forme des décisions prises par une autorité administrative ou sanitaire. Le législateur s'inscrit dans la latitude d'intervention que lui octroie en la matière le juge constitutionnel. Il revient à ce dernier de « fixer des modalités d'intervention de l'autorité judiciaire différentes » dans l'exercice de sa compétence. Il doit tenir compte de la nature et de la portée des mesures qu'il entend édicter et qui affectent la liberté individuelle. En soins psychiatriques sans consentement, une privation de la liberté individuelle d'aller et venir intervient dans un premier temps, sans atteinte à la sûreté personnelle, telle que prévue à l'article 66 de la Constitution. Le contrôle du JLD vient répondre à ce principe de sûreté dans un deuxième temps. Ce contrôle relativement tardif, au regard des autres situations privatives de liberté, répond au caractère médical de la situation.

► L'intervention du juge depuis 2011 a produit deux effets importants.

- ☑ Le premier effet est direct. Il se concrétise par la possibilité de décision de la mainlevée de la mesure. Ces décisions sont très importantes pour les patients qui en bénéficient, dont le nombre est cependant assez faible.
- ☑ Le second effet est indirect mais tout aussi important. En effet, la perspective du contrôle systématique du juge a amené tous les acteurs du soin psychiatrique

sans consentement à considérer le patient sous un angle nouveau. Le « paternalisme bienveillant » prévalait jusqu'alors. Il cède progressivement la place à une reconnaissance du patient comme un citoyen titulaire de droits dont il doit être informé. Le suivi médical formalisé par le législateur a également amené les psychiatres à une rigueur accrue dans les modalités de prise en charge, notamment au regard de l'évaluation de la nécessité de la contrainte. C'est ainsi que l'on a observé une hausse conséquente des décisions des psychiatres de mettre un terme aux soins contraints avant le contrôle du juge.

☑ L'unification du contentieux devant le juge judiciaire devrait également se révéler positive à terme, non seulement en termes de mainlevées de soins sans consentement, mais également pour accéder à l'indemnisation des préjudices consécutifs à des privations de liberté illégales.

☑ L'effacement du pouvoir discrétionnaire du Préfet constitue un autre aspect très positif qui est assez peu développé dans le bilan de la loi du 5 juillet 2011. L'intervention du juge au titre du contrôle de plein droit, mais également pour trancher les désaccords entre le psychiatre et le représentant de l'État, placent désormais ce dernier au second plan.

► Les principales modifications adoptées dans la proposition de loi du 25 juillet 2013 concernant toutes les hospitalisations sans consentement.



☑ Le JLD devra désormais statuer avant l'expiration du 12^e jour, au lieu des 15 jours actuels, le délai de première saisine obligatoire étant désormais fixé à 8 jours à compter de l'admission. La nécessité de deux certificats conjoints, à remettre au JLD avant audience, et le certificat médical du 8^e jour sont supprimés. Ce délai raccourci de trois jours constitue une avancée très relative. En effet, après le 12^e jour s'ouvre une période de 6 mois sans contrôle judiciaire systématique de la situation du patient. Ce dernier ne peut alors exercer qu'un recours facultatif, le juge constitutionnel ayant considéré cette disposition suffisante. Il est envisageable

que la Cour européenne des droits de l'homme se prononce différemment au regard des exigences de recours effectif et à bref délai, prévus par les articles 6 et 13 de la Convention EDH.

En tout état de cause et à titre intermédiaire, le législateur aurait pu prévoir certaines dispositions *a minima*. Ainsi, en complétant l'article L.3211-12 du CSP, le législateur pouvait prévoir un rappel régulier et formalisé au patient de sa situation juridique au-delà du 12e jour d'hospitalisation. Cette information pourrait comprendre la possibilité de recours facultatif au juge. Il reste enfin une possibilité d'auto saisine du juge des libertés, sur ces situations, à intervalle régulier. Il s'agit d'une hypothèse cependant assez peu probable au vu de leur charge de travail.

☑ L'assistance d'un avocat est constitutive de l'accès au juge, à ce titre elle devient obligatoire et sera prise en charge par l'aide juridictionnelle. Les magistrats l'avaient quasiment tous intégrée mais il est important que cela soit inscrit dans la loi. Si cette disposition s'avère indispensable, on peut légitimement s'inquiéter de la baisse drastique du budget qui lui est consacré dans le projet de loi de finance de 2014 concernant la justice (moins 20 millions d'euros...).

☑ Les audiences à l'hôpital deviennent la règle en première instance. Une salle dédiée devra donc être aménagée. Le fait de ne plus avoir à déplacer les patients constitue une avancée pour les patients comme pour les soignants. Il en va différemment pour les magistrats. En seconde instance, les audiences auront lieu à la Cour d'Appel. L'audience restera publique par principe, sauf une demande contraire du juge ou du patient. Malgré la demande quasi-unanime des professionnels, le législateur a maintenu le principe, certes légitime, de publicité des débats. Cependant, la conciliation avec le secret médical reste alors problématique.

LA RÉFORME DE L'HÔPITAL PUBLIC EST-ELLE DANGÉREUSE ?



☑ La sortie non accompagnée est rétablie sans qu'elle interrompe le statut d'hospitalisation complète sans consentement en cours. Une telle sortie ne pourra excéder une durée de 48 heures. Il s'agit d'une

nouvelle disposition utile qui évitera la mise en place de « pseudo » programmes de soins sans consentement ambulatoire.

☑ Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge en programme de soins sans consentement ambulatoire. Le Conseil constitutionnel a fait le constat de l'impossibilité de contrôler et d'imposer par la force le suivi thérapeutique du patient dans ces conditions. Cette « obligation non contrainte » constitue seulement une restriction de liberté. C'est à ce titre que le législateur ne prévoit pas de contrôle systématique du JLD. Cependant, même si désormais le législateur prévoit que ces programmes peuvent comporter des séjours qualifiés de « brefs » en hospitalisation, le recours facultatif au JLD, dont on connaît bien les limites, semble insuffisant dans ce cas.

☑ Le législateur a répondu à la censure du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012. Les Unités pour malades difficiles (UMD) perdent tout statut légal particulier, mais sans être pour autant supprimées. Pour y être admis ou bien en sortir, c'est le droit commun aux hospitalisations sous contrainte qui s'appliquera. Cette disposition n'est pas satisfaisante car ces unités sont peu nombreuses sur le territoire. A ce titre, l'admission du patient va générer un éloignement peu compatible avec l'article 8 de la Convention EDH relatif au respect de la vie privée et familiale, comme l'a souligné le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Les conditions de prise en charge y sont particulières et à ce titre elles nécessiteraient un régime législatif distinct. Les patients accueillis doivent bénéficier de droits spécifiques et en particulier d'un contrôle particulier par le juge. Il est regrettable que la proposition initiale de replacer au plan législatif l'ensemble des dispositions y compris réglementaires relatives aux UMD n'ait pas été retenue, ouvrant ainsi la voie à de nouveaux contentieux.

☑ Au titre du respect de proportionnalité et suite à la censure constitutionnelle, les irresponsables pénaux feront l'objet d'un régime légal particulier. Les conditions de mainlevées des soins seront plus restrictives seulement en cas d'atteintes aux personnes entraînant une peine d'au moins 5 ans d'emprisonnement ou bien d'atteintes aux biens, entraînant une peine d'au moins 10 ans d'emprisonnement.

☑ Enfin, en plus des visites d'autorités déjà prévues, les parlementaires auront le droit de visiter à tout moment

un service psychiatrique fermé, comme ils peuvent déjà visiter une prison ou un centre de rétention.

☑ Pour les irresponsables pénaux et les personnes ayant séjourné ou séjournant en UMD, comme le Conseil Constitutionnel le demandait, la proposition de loi entre en vigueur le 1er octobre 2013. C'est également le cas des sorties non accompagnées de 48 heures. Les autres dispositions s'appliqueront seulement au 1er septembre 2014.

► Conclusion

Cette révision de la loi du 5 juillet 2011 était nécessaire mais elle est loin de répondre à tous les enjeux, notamment au respect des droits et libertés des patients. Ainsi, il n'y a toujours pas d'encadrement des mesures de contention, d'isolement ou d'administration forcée de traitements médicamenteux. Il s'agit pourtant de modalités pouvant être considérées comme traitements dégradants, au titre de l'article 3 de la Convention EDH.

Les disparités territoriales conséquentes du nombre de mesures de soins sans consentement sont toujours occultées, ce qui pose un problème d'égalité devant la loi. Le principe consacré de libre choix du médecin se voit toujours opposer, dans les faits, les restrictions

liées à la sectorisation géographique. Certes, le député Denys Robiliard a proclamé que le travail de sa mission ne s'arrêterait pas à l'adoption définitive de sa proposition de loi. Un volet "santé mentale" serait en gestation dans le cadre d'une future loi de santé publique. Souhaitons qu'à cette occasion le législateur en évalue réellement l'impact, non seulement sur les droits et libertés des patients, mais également sur les moyens à mettre en œuvre à cette fin.

A suivre, donc... !!!!



☞ 1 Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, Mlle Danielle S. Hospitalisation sans consentement.

☞ 2 Décision n° 2011-135/140 QPC du 09 juin 2011, M. Abdellatif B. et autre. Hospitalisation d'office.

☞ 3 Proposition de loi relative aux soins sans

consentement en psychiatrie, observations de l'Union Syndicale des Magistrats, Paris le 6 juillet 2013.

☞ 4 Proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 juillet 2013 adoptée par le Parlement en CMP le 19 septembre 2013.

☞ 5 Décision n° 2012-235 QPC du

20 avril 2012, Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie [Dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement].

☞ 6 Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012. Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie [Dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement].



“ La Formation des Infirmier-es en Psychiatrie



Quels enjeux
Pour quelles pratiques

aujourd'hui ?
demain ?

Entre le premier diplôme infirmier en 1907 (passage de l'état de gardien des aliénés à celui du diplôme d'infirmier de secteur départemental en psychiatrie) et le programme infirmier de 2009, la formation des infirmiers de secteur psychiatrique s'est inscrite dans un long processus historique. Elle s'est construite dans des mouvements sociaux, politiques et institutionnels durant plusieurs siècles.

Entre le « Garder, Surveiller, Soigner » et le Programme LMD, les infirmiers restent les héritiers de luttes et de combats pour l'amélioration des pratiques de soin dans des contextes économiques et politiques toujours très complexes. « *Les pathologies psychiatriques sont des maladies chroniques complexes nécessitant l'intervention simultanée et coordonnée d'une pluralité de personnels* » (O.M.S.). Les infirmiers sont, à ce titre, les premiers acteurs dans la dimension du soin psychiatrique.

De nombreux programmes de formation ont permis d'améliorer les pratiques, d'aller vers le patient, d'être dans une relation soignante.

De l'origine du Secteur Départemental, nous arrivons en 2009 à un Diplôme construit sur le modèle européen (Accords de Bologne).

Amélioration d'une pratique infirmière ? Reconnaissance européenne ?

Pour certains, ce changement en 2009 reste une avancée... (l'APM du 25/02/13 nous informe que les représentants de deux syndicats infirmiers plaident pour la création d'une spécialisation infirmière en psychiatrie de niveau Master/Bac+5). Pour ma part, je trouve que ce nouveau programme de formation s'inscrit principalement sur des objectifs d'adaptation, de modernisation, de certification sur un modèle universitaire (certains enseignements se font en DVD dans les IFSI) : à titre d'exemple, l'enseignement théorique de la Psychiatrie passe de 360 heures en

1992 à 100 heures en 2009, les stages en Santé mentale sont de 10 semaines sur 3 années d'étude en 2009 (le programme de 1992 comptait 8 semaines de stage Santé mentale ou Psychiatrie, et 4 semaines pour la Pédiatrie ou Pédopsychiatrie). En 2009, la terminologie utilisée est Compétence, Posture Réflexive, Paliers d'Apprentissage. Il serait judicieux aujourd'hui de faire un bilan pour évaluer ces professionnels de demain...

Nous avons besoin, certes, d'infirmiers compétents et efficaces, mais aussi confrontés au terrain du soin. La Psychiatrie s'apprend dans la rencontre avec l'autre, dans une relation de proximité... «Nos sociétés hypermodernes mettent l'accent sur l'individualisme... », alors que le travail en psychiatrie est un travail d'équipe, y compris pour les infirmiers...

Aujourd'hui, 73% d'infirmiers sont issus de la filière de secteur psychiatrique (diplôme obtenu avant 1993). Le renouvellement des générations en exercice avec des départs en retraite à prévoir ne doit pas nous faire oublier que le travail infirmier en psychiatrie est une spécificité, un engagement de tout instant, qu'il ne faudrait pas négliger uniquement pour une reconnaissance universitaire et européenne.

... Il est urgent de repenser et de refonder un enseignement de la Psychiatrie pour les Infirmiers et éviter que l'Histoire se répète et que l'Infirmier en Psychiatrie ne redevienne un gardien de l'asile ...

Dans le cas de la proposition faite par la CGT d'une loi d'orientation et de programmation pour la psychiatrie, elle devra comporter des mesures qui prennent en compte la formation professionnelle qualifiante et en particulier la formation des infirmiers en psychiatrie.

Il faut multiplier nos propres capacités d'écoute de ce que l'autre dit et se faire, soi-même, une aptitude à donner un écho sensible à réagir... dit Lucien Bonnafé.

Historique d'une grève : Centre Hospitalier de Montperrin, Aix-en-Provence (13)



... 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. 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 euros sur le Budget annuel (Sous-dotation constatée par la Cour Régionale des Comptes).

Année 2009 : déficit de 1, 6 millions d'euros et 1er Plan de retour à l'Equilibre qui va peser essentiellement sur les personnels techniques et logistiques (non remplacement des départs en retraite) . À l'époque, notre Directeur 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'euros avec un report déficitaire de 3,5 millions d'euros au titre des exercices précédents, soit un déficit cumulé de 5,1 millions d'euros. 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 le 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 mardi (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'équilibre (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 est ce que nous avons pu obtenir et ce qui reste à obtenir ... **Tout 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 à 16h au lendemain 27/11/12 (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 paroles...

Suite et fin de la Grève sur le CH Montperrin ?...

En Juin 2013, l'Intersyndicale du CH Montperrin suspend son mouvement de grève illimitée mais conserve une Assemblée Générale tous les Mardi de 13h à 14h, afin de rester en état de veille ou de surveillance, finalement en alerte, face à notre conflit social... qui dure maintenant depuis plus d'un an...

Notre nouvelle modalité d'action résulte de la rencontre avec le Directeur de l'A.R.S. (enfin décidé à nous recevoir), qui a « demandé un complément d'enquête » en nommant un Directeur Général « intérimaire » « pour les affaires courantes » et deux médiateurs ou « visiteurs » (un Praticien Hospitalier de Versailles et un Directeur d'Hôpital en retraite) qui ont rencontré les Chefs de Pôle et leurs assistants, les Syndicats, l'Intersyndicale et la CME ... et qui vont rendre leurs conclusions en fin d'année 2013 au Directeur de l' A.R.S. PACA (M. CASTEL)...

Après les agapes de la fin d'année, il faudra bien digérer la dinde et être prêt à retourner au combat si cela devenait nécessaire. ■

En grève illimitée depuis le 10 octobre 2013 : Centre Hospitalier Laborit, Poitiers (86)



**Depuis
2 ans, sous
prétexte
de pseudo
déficits plus
ou moins
organisés,
on nous pénalise au niveau
financier :**

▶ Suppression de la rémunération des 2 congés maladies sans certificat médical (accord local),

▶ Suppression de l'échelon intermédiaire (perte de plusieurs milliers d'euros sur une carrière en allongeant la durée de prise des échelons).

On dégrade les conditions de travail et de prise en charge des patients :

▶ Suppression des remplacements d'été,

▶ Non remplacement des départs (retraites, mutations...),

▶ Fermeture de service l'été (Unité Mère/Bébé), fermeture de lits (pavillon Tony Lainé),

▶ fermeture des Centre Médico-Psychologique ruraux enfants.

Tout cela accompagné d'une bonne dose de maltraitance...

Aujourd'hui, pour notre bien-être, la direction planche sur un tout nouveau tout beau planning. Planning fait pour améliorer le présentisme (nouveau mot à la mode) et permettre à chacun de pouvoir poser tous ses RTT (et surtout ne pas les mettre sur son Compte Épargne Temps).

Ce qu'il faut savoir, c'est que pour 2012, la direction a bloqué 1 081 387€ pour provisionner les CET (c'est la loi). Cette somme est supérieure au déficit budgétaire annoncé.

La CGT avait interpellé la direction sur cette somme. Il manque du personnel au CHL ? Est ce un problème de gestion ? On attend toujours la réponse.

Maintenant, comme ce planning est fait pour notre bien-être, il est quand même important que l'on affirme un certain nombre de points réglementaires qui sont un préalable à une quelconque discussion sur un nouveau planning :

▶ laisser le choix aux agents pour poser leurs RTT,

▶ avoir 4 jours de repos par quinzaine,

▶ pas de repos coupés.

Ensuite, et comme ce planning est fait pour notre bien-être et que nous sommes suffisamment responsables pour savoir ce qui est bon pour nous, nous exigeons qu'aucune mise en place de planning même à titre expérimental ne se fasse sans l'avis favorable des agents et l'avis favorable des instances (CHSCT, CTE, Conseil de surveillance) où nous, représentants des personnels, siégeons. ■

En pleine restructuration : Centre Hospitalier Spécialisé Vinatier, Rhône (69)



**L'hôpital Le Vinatier
est en pleine
restructuration
géographique avec
des bâtiments
neufs qui vont
endetter l'hôpital pour
des nombreuses années, et
dont l'aboutissement est la
fermeture de 40 lits.**

Cela a déjà commencé puisque nous fermons actuellement 2 lits par semaine. Cela entraînera 30 postes infirmiers en moins et l'apparition d'aides-soignants dans le pôle Ouest (il n'y en avait pas jusqu'à présent).

Les conséquences sont déjà visibles, notamment à l'UMA (Service d'Accueil de l'Urgence), avec engorgement des patients qui se retrouvent sur des lits "pliables" car il manque des places sur les services d'entrée pour les accueillir. On

peut imaginer dès à présent ce qui va se passer à l'UMA après la fermeture de 40 lits sur l'hôpital.

Au Vinatier, on dépense des millions pour des bâtiments dont l'utilité reste à démontrer, en revanche, on nous dit qu'il n'y a plus d'argent pour faire les travaux nécessaires à la blanchisserie (qui pourtant fonctionne bien)...

La solution pour notre direction est la fermeture de la blanchisserie pour un rapprochement avec la blanchisserie des Hospices Civils de Lyon. Cette situation nous est présentée comme une fatalité (trop chère à faire fonctionner, plus d'argent pour l'entretien).

Une blanchisserie centralisée pour plusieurs hôpitaux de Lyon, l'hôpital de Saint-Egrève de Grenoble l'a déjà expérimenté avec le succès que l'on connaît : temps de retour du linge pour les patients allongés, donc plus de linge durant de longues périodes, également pour les soignants qui n'ont parfois d'autre

choix que de laver eux-mêmes leurs tenues chez eux. On appelle cela faire des économies sur le dos des patients !

Il n'y a pas si longtemps, quand on postulait sur un poste d'infirmier-e au Vinatier, on avait le statut de stagiaire et au bout d'un an on était titularisé. Mais les choses ont bien changé, les infirmières sont embauchées sous contrat, en CDD, donc corvéables.

On ferme des lits, on supprime des postes d'infirmier-es et en plus on embauche ces dernier-es en situation précaire. Mais ils n'ont pas à se plaindre car ils vont travailler dans des bâtiments flamboyants neufs (ce qui ne veut pas dire fonctionnels), et dont l'architecture renforcera certainement la polyvalence inter-service au sein de chaque pôle. En revanche, il leur sera conseillé, avec la fermeture de la blanchisserie, d'assurer eux-mêmes l'entretien de leur tenue !... ■



... Notre établissement vit des difficultés majeures, principalement dûes à des années de mise en place d'organisations à moyens constants (unités intermédiaires, inter-secteurs, ...), aux orientations de nos gouvernants (loi HPST, lois du 5 juillet 2011,...) et aux politiques de santé exclusivement dictées par les finances au détriment des réelles nécessités de terrain.

Il s'agit d'une asphyxie planifiée de notre service public : les tutelles maintiennent notre hôpital en-dessous des standards nationaux, et dans le même temps permettent des ouvertures de lits dans le secteur privé, avec des anciens médecins de l'hôpital séduits par des salaires plusieurs fois supérieurs.

Désormais, dans notre hôpital, toute absence médicale pose la question du maintien de l'activité. C'est ainsi le cas depuis 5 mois avec la fermeture de 5 lits pour adolescents et 8 lits de psychiatrie générale, mais également avec d'autres activités "en berne" sur l'extra hospitalier.

La réduction des capacités d'accueil et de prise en charge est fortement préjudiciable aux partenaires extérieurs (institutions, médecins de ville,...), aux patients et à leurs familles... Elle effondre également les conditions de travail pour tous les personnels et détruit une quantité importante de travail.

En juin, après un gros travail d'analyse et de réflexion avec les médecins, nous avons débouché sur un communiqué commun dans lequel nous avons affirmé que la réouverture des lits est indispensable et que la remise à niveau des moyens est incontournable.

L'été nous a permis de mobiliser des forces et d'entamer la rentrée avec des Assemblées Générales déterminées des personnels médicaux et non médicaux. C'est dans l'unité qu'un Comité de grève (où la CGT est rejointe par 5 syndicats médicaux : IDEPP, SNMH-FO, SPEP, SPH et USP) s'est constitué pour informer, mobiliser, se réunir et s'organiser.

Les revendications des personnels et des actions audacieuses et responsables, qui ne prennent pas les patients en otage, ont été affirmées avec force : une communication claire et argumentée, le dépôt d'un long préavis de grève, des arrêts du travail très limités en temps et en nombre, des actions de grève limitées à l'administratif et la recherche d'un espace de dialogue social à tous les niveaux.

Depuis le début de la grève, le 1er octobre, nous constatons que nos tutelles ne répondent pas à nos sollicitations mais qu'elles s'adressent à la presse et que nos responsables minimisent nos revendications, jugent nos actions insignifiantes.

La détérioration des soins et des prises en charge est déjà majeure dans notre établissement. La situation va irrémédiablement s'aggraver. Il nous est primordial d'être entendus. Les personnels, réunis en AG, ont donc décidé, à regret, d'actions plus intenses et plus visibles. Nous nous dirigeons vers une situation de blocage plus forte avec l'interpellation du Préfet de l'Isère et une rencontre, empreinte de fermeté, avec les tutelles régionales.

C'est dans l'unité que nous, personnels médicaux et non médicaux, obtiendrons satisfaction à notre volonté, exprimée à travers une Charte, de prodiguer des soins et des prises en charge de qualité.

Répetons-le, pas d'autre solution que de nous unir tous ensemble !

