

Année 2012 - N° 58

Mars 2012

SOMMAIRE

• Page 1 :

Edito

• Pages 2-5 :

Valorisation à l'activité
en Psychiatrie

• Pages 6-8 :

Pour une loi de
programmation sur la
Psychiatrie

• Page 9 :

Psychiatrie et dérive
sécuritaire

• Pages 10-11 :

Chronique du
démantèlement de
l'hôpital Ste-Marie
Nice

• Page 12 :

Rôle de l'AS en Psy.

Depuis le début des années 1990, la psychiatrie n'a cessé d'être malmenée avec : l'abrogation du diplôme d'infirmier du secteur psychiatrique, la diminution du numéris clausus de l'internat en psychiatrie, la fermeture de lits, les restrictions budgétaires et la fusion hôpital général - hôpital psychiatrique.

Pour nos gouvernants, il n'a jamais été question d'augmenter l'offre de soin en ambulatoire pour palier à la diminution de lits.

Les patients en psychiatrie ne sont plus reconnus en tant que tels, (enfermement et stigmatisation) mais comme des personnes dangereuses, voire des délinquants, via les lois sécuritaires. La politique du secteur humaniste est « mise à la poubelle », laissant le monopole aux lobbyings pharmaceutiques.

Les restructurations, ainsi que le manque de formation en psychiatrie, mettent à mal les personnels soignants. Ceux-ci ne se sentent plus en sécurité et ont l'impression de ne plus faire leur travail, à savoir : comprendre, être à l'écoute et au plus près du patient, avoir une pratique institutionnelle pluridisciplinaire de réflexion (la base de notre spécificité). L'externalisation

des services non soignants (technique, restauration, buanderie, pharmacie) représente un danger pour notre travail.

Une réelle politique de santé mentale (état des lieux, concertation avec les professionnels et partenaires sociaux) est essentielle. En effet, les problèmes se répercutent sur le médico-social, le social et le pénitentiaire (de plus en plus, tous ces personnels sont confrontés à une population présentant des troubles psychiatriques) qui, eux aussi, subissent des restrictions budgétaires dans leurs missions.

Notre travail nous appartient. Tous ensemble, réapproprions-nous notre outil afin de répondre au mieux à nos missions respectives et de nous réaliser pleinement.

V alorisation à l' A ctivité en P sychiatrie

Depuis **les années 1980**, nous assistons à une réforme du mode de financement des hôpitaux publics et privés avec comme maître mot « LA REGULATION DES DEPENSES DE SANTE ».

Or, ce qui aurait pu apparaître comme des mesures salvatrices a véritablement démantelé notre système de santé publique :

- privatisation des missions publiques,
- transfert des charges de santé sur les familles,
- allègement des charges patronales....

Ce démantèlement est au service d'une marchandisation de notre santé. La santé est transformée en une marchandise rentable : un juteux business !



1945 : Signature des ordonnances fondant la **Sécurité Sociale** : « Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de

supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de familles qu'ils supportent ». La Sécurité Sociale devient obligatoire instituant un système solidaire : « participation selon ses moyens et

bénéficie selon ses besoins ! »

Gérée par les organisations syndicales des salariés et du patronat au début, l'Etat y prend rapidement du pouvoir. Actuellement, son budget est supérieur d'un tiers à celui de l'Etat.

1983 : La **dotation globale de financement** remplace le système du prix de journée. « Ce prix de journée » avait, comme effet pervers, d'utiliser la durée de séjour comme variable d'ajustement des recettes. Chaque hôpital public se retrouve avec une enveloppe annuelle l'obligeant « à s'attacher avant tout à ne pas dépasser les crédits ».

Pour la psychiatrie, le budget est **global à plusieurs titres**, puisqu'il concerne l'intra comme l'extra hospitalier, la prévention et le soin. **C'est une première étape vers la comptabilité analytique et du coût par pathologie.**

1996 : Des ordonnances instaurent **une nouvelle régulation des coûts**, avec une loi annuelle de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) et un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Cette LFSS étant votée au Parlement, le financement de la Sécurité Sociale et les dépenses de l'assurance maladie, tombent sous le contrôle de l'Etat. C'est donc une étatisation de notre système de santé.

En parallèle, se met en place dans les établissements hospitaliers, la **procédure d'accréditation** qui deviendra « certification » à partir de 2004, conduite d'abord par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), prise en charge, par la suite, par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) donnent le plein pouvoir à leur directeur, qui peut décider de la fermeture d'un service public au profit d'un service privé pour motif de non rentabilité. Les missions du service public sont mises en concurrence avec le privé. Se dessine alors le schéma suivant : privatiser les profits et socialiser les pertes !

1999 : loi sur la tarification à la pathologie. C'est un nouveau mode de financement pour les établissements publics, comme pour ceux du privés, appliqué à partir de 2002, pour aboutir à une tarification à la pathologie à 100% en 2007.

Ce financement mixte distingue :

- les missions d'intérêt général : dépenses liées à la recherche ou à l'enseignement, financées par une dotation,
- et les missions de soin, financées directement sur l'activité.

Ainsi est définie la **Tarification à l'activité**, dite « T2A » :

une tarification pour chaque maladie définie par une enveloppe nationale votée par le Parlement, sans prendre en compte la singularité du malade. Le service public, assurant sa mission, se retrouve avec les pathologies les plus coûteuses, alors que le privé se garde les plus rentables.

Ce modèle pluraliste de financement s'intrique avec une nouvelle organisation des hôpitaux : la **nouvelle gouvernance**. Ce mode d'organisation instaure des chefs de pôle, responsables d'établir des États

Prévisionnels des Recettes et Dépenses (EPRD) c'est-à-dire directement responsables de la gestion financière du pôle. Le pôle représente alors une gestion de production de soin où les recettes débordent majoritairement de la T2A, l'incitant à sélectionner les patients les plus rentables et à poser le diagnostic le plus rentable. Les conséquences sont directes sur les soins apportés aux patients, mais également sur la masse salariale, puisque les emplois deviennent la variable d'ajustement des EPRD. ■



Depuis 1989,

des travaux sont en cours pour la mise en œuvre, d'un Programme Médical des Systèmes d'Information (PMSI).

2001 : mise en œuvre du PMSI « psychiatrie », pour obtenir un traitement comptable de la maladie mentale. Ce PMSI établit un recueil pour convenir de données sur les coûts et construire des premiers tarifs. La maladie détermine ainsi un traitement à partir duquel est calculé le tarif du séjour. Or, en psychiatrie, on considère la personne malade et non une maladie. Cette spécificité a rendu inapplicable le PMSI par les professionnels... ■

2007 : Le Relevé d'Informations Médicales en psychiatrie (RIM psy) a collecté, en plus du diagnostic et des actes de soins, des informations complémentaires sur les patients des données sociales et démographiques.

De ce fait, un véritable fichage a été construit dans lequel est répertorié : le type de domicile du patient (hôpital, sans perspective de logement à la sortie, sans abris, absence total d'hébergement, sans information), son mode de vie (stable, précaire...), sa situation scolaire, sa situation professionnelle, ses prestations ou allocations....

Ce fichage n'avait aucun but clinique, mais visait la mise en place de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP) équivalent de la T2A pour la psychiatrie prévue pour 2012. ■



2009 : Loi « Hôpital Patients Santé Territoire », dite « Loi Bachelot ».

Cette loi présente deux aspects :

► La centralisation des pouvoirs : les hôpitaux deviennent des entreprises, avec pour patron, le Directeur Général, Président du directoire, qui désigne les autres membres. Un Conseil de Surveillance vient remplacer le Conseil d'Administration. Les ARH deviennent des Agences Régionales de Santé (ARS), qui regroupent le médical et le médicosocial, avec des directeurs détenant les pleins pouvoirs, nommés par le Conseil des ministres. C'est un bonapartisme sanitaire.

► La privatisation des missions du service public, avec la création des territoires de santé, qui diminuent le nombre d'établissements publics, notamment ceux de proximité et incitent à la création de Maisons Médicales, regroupant des médecins libéraux pour assurer la « permanence des soins ».

Ces consultations du secteur libéral vont avoir un coût : c'est la fin de l'égalité des soins et l'absence de garantie pour leur pérennité, remettant en cause l'accès aux soins pour tous, à toutes heures et en tous lieux.

2009 : Le Rapport Couty.

Il propose de rompre totalement avec le dispositif de soin, dit politique de secteur.

Il propose une séparation entre **l'ambulatoire et l'hospitalisation**. Ces deux systèmes ne correspondent plus à la même zone géographique au risque de compliquer le parcours de soin du patient. L'ambulatoire est rassemblé dans des Groupements Locaux de Coordination, qui rassemble du Public/Privé, du social, du médico-social, et du sanitaire.

La psychiatrie est réduite à un seul aspect de la santé mentale et considérée comme un handicap psychique, qui nécessite un accompagnement social à la charge financière des familles. La porte est ouverte à la privatisation de l'ambulatoire et au démantèlement des Centres Médico-Psychologiques (CMP) jusque là gratuits. Les missions de préventions sont réduites au dépistage. L'hospitalisation publique garde les pathologies non rentables... Pour le soin, il propose de s'appuyer sur les Groupements Homogènes de Malades (GHM) qui devront être évalués et rentables dans leur gestion des patients !

2012 : Mise en place de la Valorisation à l'Activité en Psychiatrie.

Ce nouveau mode de financement de la psychiatrie se base sur une étude des coûts directement attribuables au patient. Elle se divise en 4 compartiments de financement :

Compartiment 1 : l'activité des services, qui s'appuie sur un P.M.S.I. spécifique à la Psychiatrie et prend alors le nom de Recueil d'Informations Médicales en Psychiatrie (RimPsy).

Compartiment 2 : les facteurs Géopopulationnels, qui prennent en compte les particularités géographiques, socio-démographiques, épidémiologiques sur le plan régional, territorial et sectoriel.

Compartiment 3 : les Missions d'intérêt Général (M.I.G.) qui correspondent à des actions menées pour répondre à des impératifs de santé publique, qui ne sont pas affectées à un patient en particulier, et qui engendrent un coût spécifique.

Compartiment 4 : les médicaments particulièrement onéreux. Actuellement, le coût des médicaments n'intervient que pour une faible part dans les budgets des établissements psychiatriques, mais l'apparition de nouvelles molécules très coûteuses est à envisager dès maintenant. Ce compartiment permet ainsi de préserver l'avenir.

Comme on peut le comprendre, à partir du moment où le financement des établissements s'appuie sur ces quatre compartiments, l'importance respective de chacun d'entre eux devient alors l'enjeu majeur.

Sans attendre que cette question cruciale ait été résolue, le R.I.M. Psy a été mis en place dans tous les établissements psychiatriques dès **janvier 2007**. Rapidement, les acteurs de terrain se sont rendus compte de ses faiblesses et de sa mauvaise adéquation face aux situations cliniques rencontrées dans les services.

En effet, le R.I.M. Psy impose comme classification de référence, la classification internationale des maladies dans sa 10^{ème} version, autrement appelée « C.I.M.X. ». **Cette classification est peu pertinente, car discriminante.** Pour simplifier, disons qu'elle ne permet pas de faire apparaître, lors du codage diagnostic, l'état de gravité du patient.

*Considérons deux patients qui ont la même pathologie, et reçoivent donc le même diagnostic, mais avec des degrés de gravité différents ; le premier va nécessiter une prise en charge importante, avec par exemple, une présence infirmière ou éducative renforcée, voire quasi-permanente ou exclusive ; par contre, le second peut être traité par une prise en charge en groupe ou plus séquentielle. Dans une logique comptable, le premier sera plus grand « consommateur » de soins que le second et coûtera donc plus cher. Toutefois, cette différence ne pourra pas apparaître au niveau du **codage***

diagnostic qui sera le même.

Ainsi une V.A.P., dans laquelle le compartiment 1 serait prépondérant, désavantagerait les établissements recevant les malades les plus consommateurs de soins. Dans le R.I.M. Psy, il ne serait pas possible de faire apparaître, le surplus de travail que cette prise en charge va entraîner. Il est alors aisé de comprendre la raison pour laquelle la pondération par les autres compartiments devient déterminante, et au premier chef le compartiment 3 qui prend en compte les missions que l'établissement remplit, mais qui ne peuvent donner lieu à une valorisation de la tarification à l'activité.

Faut-il encore que ces missions fassent partie de la liste, prédéfinie dans le décret du 8 avril 2005 :

- a)** La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique ;
- b)** L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
- c)** La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours ;
- d)** La vigilance, la veille épidémiologique, l'évaluation des pratiques et l'expertise réalisées par des centres de référence au bénéfice des autorités de santé publique, des établissements de santé ou du public ;
- e)** La formation, le soutien, la coordination et l'évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des équipes soignantes ;

f) La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaine, à l'exception de la part de cette activité couverte par les tarifs de cession ;

g) L'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci ;

h) Le dépistage anonyme et gratuit effectué dans les conditions prévues à l'article L. 3121 2 du Code de la santé publique.

A ce jour, le Rim Psy semble être le seul compartiment pris en compte. Cela revient à dire que les établissements recevant les patients les plus consommateurs de soins seraient les plus désavantagés.

Quoi qu'il en soit, nous, professionnels de la psychiatrie et syndiqués CGT, nous nous sommes opposés fermement à tout financement purement comptable de la psychiatrie. Depuis le départ, ce système condamne la psychiatrie publique au profit d'une psychiatrie privée qui s'octroierait les actes les plus rentables comme pour les activités MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique).

2012 : Les infos actuelles permettent de penser que la VAP ne serait mise en place qu'en 2014, d'où la possibilité d'intervenir, peut-être et notamment, auprès des futurs « présidents » pour que ce mode de financement ne s'applique pas à la psychiatrie. ■

Pour une loi de programmation sur la Psychiatrie



Actuellement, la psychiatrie publique est mise à mal, prisonnière à la fois des contraintes budgétaires et de la dérive sécuritaire.

Avec moins de moyens, il faut répondre à des exigences accrues qui ne concernent pas uniquement la santé, mais qui touchent aussi à l'ordre public.

La récente loi du 5 juillet 2011 illustre cette aberration qui consiste à utiliser les temps infirmiers pour accompagner les malades au tribunal, au détriment des activités de soins, et ce, sans le moindre moyen humain supplémentaire, alors que toutes les équipes de psychiatrie se plaignent, entre autres, du manque d'effectif et de la multiplication de leurs missions.

Nécessité d'un état des lieux pour la Psychiatrie

La CGT réclame un état des lieux, à partir de la réalité des moyens dont dispose la psychiatrie publique. Cet état des lieux représente un préalable indispensable à une loi de programmation sur la psychiatrie, qui ne peut se limiter à une loi sécuritaire.

En effet, aucun service ou secteur n'est épargné par la politique de réduction des moyens de l'hôpital public, qui se poursuit inexorablement depuis des années.

Pour autant, actuellement, il est impossible de savoir exactement comment les budgets alloués à la psychiatrie sont utilisés.

Dans les secteurs rattachés à un hôpital général, ce budget est noyé dans celui de l'hôpital et contribue à l'équilibre financier de l'établissement, sans que le directeur n'ait à rendre compte de son utilisation liée à son but initial.

La psychiatrie se trouve donc indirectement impactée par la T2A, qui accroît les déficits hospitaliers, alors qu'elle échappe en théorie à ce mode de financement.

Des disparités inadmissibles

Comment peut-on justifier les disparités de moyens entre les secteurs rattachés aux hôpitaux généraux par rapport à ceux des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) ?

Ces derniers ne sont pas pour autant dans une situation enviable. Ils ont vu aussi leurs moyens se réduire d'année en année.

De plus, il existe de grandes disparités d'un hôpital à un autre. Elles tiennent parfois à l'histoire, mais force est de constater que rien n'a été fait pour les combler, alors que la politique de secteur, officiellement en place depuis plusieurs décennies, devait permettre un accès aux soins équitables, quel que soit le domicile.

La persistance des disparités atteste de l'absence de volonté politique de doter la politique de sectorisation de réels moyens et de combler les inégalités.

Celles-ci sont particulièrement criantes en pédopsychiatrie, comme en témoigne la grande hétérogénéité des moyens institutionnels pour les enfants et les adolescents sur l'ensemble du territoire.



Des saupoudrages budgétaires inadaptés

L'attribution d'enveloppes sur des appels à projets ponctuels, pour développer des équipes mobiles ou des maisons d'adolescents, ne constituent que des saupoudrages ridiculement insuffisants. En outre, ces enveloppes, sont souvent non pérennes et inégalement réparties, au détriment des moyens perdus à grande échelle, du fait des choix économiques, et parfois à la faveur d'une politique de désinstitutionnalisation sans alternative.

Le choix du transfert de certaines missions de la psychiatrie vers le médicosocial et social pour des raisons économiques montre ses limites .

Contre la logique gestionnaire au nom de la rentabilité

Les secteurs dépendant des CHS sont d'autant moins à l'abri qu'ils peuvent constituer des réserves de moyens humains pour des gestionnaires zélés et politiquement affranchis aujourd'hui de toute obligation en matière de santé publique. Ces gestionnaires concentrent toute leur énergie sur l'équilibre financier de leur établissement.

Les services de psychiatrie où, comme chacun le sait les moyens humains prévalent, deviennent de formidables terrains d'exercice pour dégager des « marges » d'économie.

Dans ce contexte, les politiques de santé publique centrées sur des priorités sanitaires, sur des évaluations épidémiologiques prenant en compte les besoins des populations, deviennent totalement inefficaces.

Les regroupements de moyens préconisés dans le cadre des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) sont justifiés uniquement par cette logique économique, sans réelles justifications sanitaires. Là où ils ont été mis en place, en dehors du champ de la psychiatrie, ils n'ont servi qu'à faire la part belle au privé.

Faire le choix de l'investissement pour la Psychiatrie publique

La CGT est hostile à la mise en place d'une valorisation de l'activité en psychiatrie, qui ne serait que la transposition de la T2A, comme les laborieuses discussions préalables le laissent entendre.

Pour notre organisation, il faut garantir un **budget global** comme base de financement de la psychiatrie pour garantir, dans le cadre de la sectorisation, une égalité de base des moyens des différents secteurs.

C'est aussi la condition pour ne pas favoriser, à priori, les actes techniques ou spécialisés, au détriment des relations soignantes dont l'investissement est sur le long terme.

Les soins en psychiatrie sont indissociables de la prévention - en particulier, mais pas seulement, en pédopsychiatrie -.

Dans ce point de vue, les MIGAC sont totalement inadaptées. A l'usage, elles sont vouées, in fine, à servir de variable d'ajustement et disparaissent, en premier, selon les priorités budgétaires.

Pour un budget global attribué à la Psychiatrie sur des bases nouvelles

Si un budget global doit être garanti, il ne peut pas être évalué comme dans le passé. Il doit tenir compte de tout changement dans l'activité ou des besoins plus spécifiques à tel ou tel territoire.

Le budget de la psychiatrie doit être ajusté à **l'augmentation de la demande de la population envers la psychiatrie**, depuis des années. En l'absence, de cet ajustement, la psychiatrie se retrouve, aujourd'hui, en grande difficulté.

Les allocations budgétaires doivent compenser les inégalités préexistantes et tenir compte des caractéristiques sociales et démographiques de la population.

Cela suppose la mise en place d'une concertation démocratique impliquant chaque niveau, à savoir : le national, le régional ou les établissements, les élus, les représentants des usagers et des personnels de santé.

Cette concertation doit commencer dès le moment où sera établi l'état des lieux. Elle devra être inscrite dans la future loi de programmation sur la psychiatrie.

La nécessité de réévaluer les **moyens est une nécessité**, car l'OMS prévoit une hausse de la part de la santé mentale dans la santé publique.

D'ores et déjà, il faut avoir le courage de dire qu'il faudrait, augmenter le budget de la psychiatrie compte tenu du retard à combler et de la dégradation de l'outil de soins.

Mais, au delà de la dotation dévolue à la psychiatrie, il faut garantir l'attribution des moyens dans le cadre de la **sectorisation** pour garantir la proximité, la continuité et la gratuité des soins en psychiatrie.

En psychiatrie, les obstacles à l'accès aux soins sont autant économiques et matériels que psychologiques. **Une loi de programmation pour la psychiatrie doit, donc, avant tout s'appuyer sur une politique de secteur, dont les moyens sont garantis tant pour l'extra hospitalier que pour l'intra hospitalier.**

La loi du 5 juillet 2011 sur les soins sous contraintes doit être abrogée, elle ne saurait en aucun cas constituer le préalable ou la première étape d'une loi de programmation sur la psychiatrie, sans en pervertir d'emblée le fond et l'esprit.

L'écrit « Pour une loi de programmation sur la Psychiatrie » (pages 5 et 6) représente la trame de la déclaration liminaire lors de la réunion au Ministère de la Santé du 23/02/2012 autour du « Plan santé mentale ». Déclaration publiée dans le BF N° 8.

Psychiatrie et dérive sécuritaire

La folie. La folie qui dérange. La folie qui fait peur et qui défraie la chronique. La folie que les médias et le politiques criminalisent de plus en plus en réduisant les soins et la prise en charge de la maladie mentale à un pur contrôle sécuritaire.

Mais derrière ce mot, réducteur et stigmatisant, et derrière l'image qui renvoie dans notre société, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'êtres humains fragilisés, souffrant et en détresse.

Nous devons dénoncer cet amalgame entre la folie et la dangerosité. Nous devons également lutter contre cette politique de la peur et les dérives qui en découlent.

Aujourd'hui, dans les établissements de la psychiatrie, les choix politiques et patronaux sont guidés uniquement par des enjeux économiques. L'évolution vers la marchandisation des soins tend à faire une gestion financière de la psychiatrie, basée sur la rentabilité, au détriment des besoins réels des populations. Tout est mis en œuvre pour réduire les coûts dans les institutions : baisse constante des effectifs, externalisation des services logistiques et administratifs, déqualification, glissement des tâches, remise en cause des acquis sociaux, suppressions massives de postes...

Les fermetures de lits d'hospitalisations sont de plus en plus importantes et se font sans que les moyens pour développer la prévention et les soins ambulatoires ne soient donnés.

Les personnels sont débordés et n'ont pas le temps nécessaire à consacrer à chaque patient.

Les hospitalisations sont écourtées pour libérer des lits et, ce, en dépit des besoins des patients.

Les dispositifs extrahospitaliers sont eux aussi bien mis à mal (délais d'attente de plusieurs semaines, pénurie médicale...).

On s'éloigne ainsi de l'essence même du soin psychique et de ses valeurs humanistes, qui place la personne et ses besoins au centre du système.

La prise en charge de la souffrance psychique ne peut se faire que par un dispositif de soins, au plus près des personnes, qui accueille sans condition, avec la volonté constante de rechercher l'adhésion du patient à ses soins.

Les rigueurs budgétaires et les successions de réformes récentes dans le domaine de la santé (loi HPST, réforme de l'hospitalisation sans consentement...), imposées par le gouvernement, ne permettent plus aux professionnels de la psychiatrie d'exercer leurs métiers sereinement.

Comment le pourrions-nous alors que nous sommes sans cesse parasités par des démarches administratives de plus en plus contraignantes et qui nous éloignent des patients ?

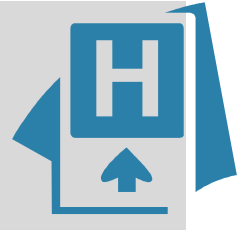
Comment le pourrions-nous alors que le manque criant d'effectifs dans les services ne nous permet plus d'échanger sur nos pratiques pour les faire évoluer, ni même de construire un véritable projet de soin personnalisé pour chaque patient ?

Comment peut-on alors, dans de telles conditions, se rendre réellement disponible et être à l'écoute, avoir une présence suffisamment rassurante et bienveillante pour créer une relation de confiance avec la personne soignée ?

Pour mettre fin à cette dérive sécuritaire, au détriment du soin, la CGT demande le retrait de la loi du 11 juillet 2011 et se prononce pour une loi de programmation pour la psychiatrie mettant l'humain et le soin au centre du projet.



Chronique du démantèlement de l'hôpital Sainte-Marie de Nice



Introduction

L'association hospitalière Sainte-Marie, fondée par la Congrégation des Sœurs Sainte-Marie de l'Assomption (1824), a eu délégation par l'Etat de la responsabilité de 5 établissements psychiatriques (Privas, Clermont-Ferrand, Puy-en-Velay, Rodez et Nice) qui, aujourd'hui, représente plus de 5000 salariés sur ses différents sites.

Pour l'établissement niçois, il a la responsabilité de la majorité du dispositif psychiatrique public des Alpes-Maritimes (7 secteurs), 1.000 salariés y travaillent.

Depuis plus de 10 ans, l'établissement est victime de l'incompétence du conseil d'administration qui préside à sa destinée.

Plusieurs institutions (IGAS, CPAM, trésorerie) multiplient les rapports inquiétants. Leurs constats : erreurs stratégiques réitérées, méconnaissance des règles en usage entre une association et les autorités de l'Etat, gestion financière « approximative » et discutable, abandon de tout investissement concernant les travaux d'entretien et les mises à niveaux indispensables dans les services de santé.

Toutes ces années, les représentants du personnel CGT n'ont eu de cesse d'alerter les services de l'Etat.

2011 : nouvelle mission d'enquête de l'IGAS. Celle-ci, probablement diligentée à la suite du climat délétère et de la paralysie d'une partie des instances (CME notamment), a été l'objet de 48 recommandations. L'enquête, instruite à charge, a été l'occasion pour l'ARS et le ministère de mettre en place, sa politique de soins coercitive.

- Projet d'établissement faisant la part belle aux services fermés, à l'abrasion du droit des patients,
- Abandon de la sectorisation,
- Démantèlement des services de soins somatique,

→ Ouverture vers des métiers moins ou non qualifiés : « garde malade, auxiliaire de vie, etc. »...

Quant au personnel, le meilleur restait à venir : l'IGAS, notant les « avantages exorbitants » des salariés, et demandait la dénonciation de l'accord d'entreprise.

Les 48 recommandations sont arrivées, accompagnées d'un projet médical d'établissement, porté au sein de l'hôpital Ste-Marie par la directrice et 2/3 des médecins.

Mai 2011 :

→ ce projet est rejeté par 13 voix contre et 4 pour, au niveau du collège médical,

→ lettre ouverte de 23 médecins psychiatres dans laquelle ils dénoncent tant la méthodologie que le fond du projet médical.

Septembre 2011 : la CME émet un avis négatif sur le projet médical avec 13 voix contre et 3 pour.

◆ Résultats collatéraux

En septembre 2011, la vice-présidente de la CME, médecin chef du pôle de psychiatrie médico-légale est licenciée, sur des motifs qui n'en doutons pas, ne pourraient être acceptés par la juridiction prud'homale qui a d'ailleurs été saisie.

**Quelques semaines plus tard, subissant une pression inique, le président de la CME fait valoir ses droits à la retraite.*

La CGT, avec toute l'énergie qu'on lui connaît, continue de se battre pour sauver le dispositif niçois et protéger les salariés de l'hôpital de Nice.

Le 11 mai 2011, 1.100 salariés des 5 établissements, se lançaient « à l'assaut » du siège social « Sainte-Marie » à Clermont-Ferrand. Et, c'est au milieu des charges de CRS qu'ils réussissent à faire reculer l'Association Hospitalière Sainte-Marie (l'AHSM) et à faire renoncer à dénoncer leur accord d'entreprise.

A Nice, la défense de la Convention Collective 51 a été l'objet de pressions déshonorantes de la Préfecture qui, par crainte du désordre, a refusé par deux fois les parcours de manifestation. Quant à la direction niçoise, elle a menacé de sanction, les agents qui envisageaient de sortir de l'hôpital.



◆ **Avenir de l'hôpital niçois**

Si la reconstruction de l'hôpital niçois reste une priorité, la CGT n'a cessé de demander à l'ARS, d'infléchir ses positions sur le projet médical, afin de parvenir à un projet d'établissement consensuel et respectueux des usagers.

A ce jour, le silence méprisant de l'ARS reste la seule réponse aux légitimes inquiétudes des salariés niçois.

La mission de médiation n'a guère eu plus de succès. La direction niçoise et l'ARS ont fait pression au niveau ministériel et en ont obtenu l'annulation.

La situation aujourd'hui :

Le projet d'établissement est unanimement contesté. Seules s'arque-boutent les directions locales et

générales, quelques médecins plus soucieux de leur carrière que du bien public et l'ARS PACA.

Lors de la dernière réunion au ministère (en septembre 2011) ainsi que, récemment au siège, la nécessité de renégocier l'accord d'entreprise a, de nouveau, été évoqué.

Il faut définitivement mettre les salariés de l'hôpital Sainte-Marie à genoux ... plus une tête ne doit dépasser ...

◆ **Pourtant, le constat est critique**

L'hémorragie de soignants se poursuit : en 2011, moins 10 temps médicaux et environ moins 35 temps infirmiers.

Les services de soins sont en ruine, les conditions de séjour indignes.

◆ **2012 sera l'occasion pour la direction de continuer sa politique d'illusionniste**

→ Projet de reconstruction d'un établissement neuf pendant que les patients croupissent dans des services en ruine.

→ Projet médical « enthousiasmant » qui sera construit sans médecin, ni IDE

→ Disparition de tout service rendu à la population niçoise : baisse du nombre de lits, plus aucune prise en charge somatique, le soin réduit à un simple séjour dans un dénuement total.

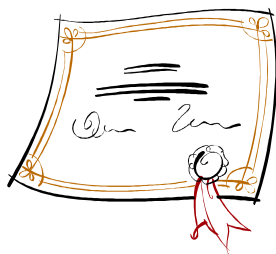


*A Nice, **la CGT** a su réunir autour d'elle l'ensemble des professionnels soucieux de la responsabilité qui est la nôtre dans un hôpital : médecins, psychologues, IDE, aides soignants, ASH, agents des services logistique et technique.*

A leurs côtés, nous continuons l'action afin de proposer le meilleur dispositif de soins et d'obtenir des conditions de travail et de rémunération à la hauteur de l'engagement de l'ensemble des professionnels.

Rôle de l'Aide Soignant-e en Psychiatrie

La profession d'aide-soignant est née en 1946 au sein de l'hôpital public.



Avant 1960, les tâches dévolues aux aides-soignantes étaient attribuées à du personnel ne recevant pas de formation. 1960, mise en place du CAFAS (certificat d'aptitude à la formation aide-soignante), devenu ensuite le DPAS (diplôme professionnel d'aide-soignante).

En 1978, l'aide-soignante est autorisée à exercer en psychiatrie. Son rôle est d'observer, d'écouter, de tisser une relation de confiance avec le patient, d'être vigilant et de prévenir les risques. L'observation et l'écoute face à la souffrance morale représentent les bases du travail en psychiatrie, quel que soit le statut.

L'aide soignante assure tant le confort physique que moral. Elle travaille en étroite collaboration et sous la responsabilité de l'infirmière au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

L'implantation des aides-soignantes, en psychiatrie, a permis de diversifier ses tâches, entre autres, dans les Centres médico-psychologiques (CMP), les centres de jour, les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Il ne s'agit pas de remplacer le nombre d'infirmiers en constante diminution, mais de travailler en complémentarité.

Aujourd'hui encore, dans quelques établissements de psychiatrie, le rôle des aides-soignantes n'est pas compris et leur intégration reste toujours difficile.