



INFOS MEDECINS



Il ne faut pas les laisser détruire l'hôpital public !

Dans ce numéro :

Edito	1
État des lieux sur les réformes actuelles de la psychiatrie	2-4
Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2011, ou comment accentuer les inégalités de santé pour satisfaire les marchés financiers !	5
Démarrage des ARS - Refusons l'inacceptable !	6

La situation de l'hôpital est dramatique, tant au niveau financier que social. Il faut être clair : il est de plus en plus fréquent de ne pas pouvoir assurer la prise en charge de nos patients dans des conditions acceptables.

Dans de nombreux hôpitaux, la mise en place de la réforme se traduit par des pratiques autoritaires de directeurs pour équilibrer les budgets :

- diminution du personnel soignant,
- fermetures de lits et, dans de nombreux établissements,
- suppression de postes de médecins par non-renouvellement des départs ou de manière plus brutale par des mises à disposition du centre national de gestion, pour exemples.

Au niveau des régions, les

directeurs des ARS (Agences Régionales de Santé) orchestrent cette grande entreprise de déstructuration de l'hôpital public. Leur feuille de route leur a été fixée par le Président de la République : « Plus aucun hôpital ne doit être en déficit en 2012 ». Ces directeurs ont été soigneusement choisis pour leur zèle et leur efficacité à atteindre ce type d'objectif. D'ailleurs, ce n'est pas pour rien si certains viennent des entreprises industrielles ou du monde de la finance. Pour ces directeurs, le personnel ne constitue que des variables d'ajustement dans le cadre d'un processus de production au moindre coût.

Nous ne pouvons les laisser faire, tant pour nos patients que pour nous-mêmes. L'hôpital ne peut fonctionner sans des collectifs de travail dont l'efficacité repose sur le

partage de valeurs communes. Il ne faut donc pas rester isolé. Seule l'action collective est capable d'imposer un rapport de force permettant de résister et d'imposer un autre mode de fonctionnement de l'hôpital.

Dans ce contexte, le syndicalisme constitue un outil pertinent et performant. La CGT n'est pas qu'un syndicat de personnel hospitalier, les médecins y ont aussi toute leur place. Que l'on soit infirmière, aide-soignante ou médecin, nous sommes tous confrontés à la même situation. Ce n'est qu'ensemble qu'on pourra s'en sortir!

Christophe Prudhomme
Collectif médecins
Fédération CGT de la
santé et de l'action
sociale

ETAT DES LIEUX SUR LES REFORMES ACTUELLES DE LA PSYCHIATRIE

Un projet de loi inacceptable

***E**n cette rentrée 2010, l'actualité est occupée par le projet de loi relatif aux « droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge », visant à réformer la loi du 27 juin 1990.*

Nadine PRIGENT, secrétaire générale de la Fédération CGT de la santé et de l'action sociale, a exprimé le rejet total de ce projet de loi, dans sa lettre ouverte à Roselyne BACHELOT, en date du 8 juillet dernier. Dans ce courrier, la CGT dénonce une consultation restrictive visant à de simples amendements, sans remise en question du projet sur le fond. **L'esprit du texte est contraire à la conception humaniste de la CGT pour la psychiatrie** et, pour la société en général. Certes, la CGT est critique vis-à-vis de la loi de 90 qu'il faut modifier, car cette loi avait évité le débat de fond sur la question : pourquoi **faut-il une loi spécifique pour les malades mentaux ?**

La CGT a réaffirmé son opposition à ce nouveau projet de loi, lors du meeting de la nuit sécuritaire du 25 septembre 2010, mais sans se contenter d'un simple retrait. Le seul rejet du projet ne suffit pas, car les atteintes aux

droits des patients existent déjà, du fait de la dégradation et de la précarisation des moyens en psychiatrie. Les médias s'en sont d'ailleurs faits l'écho récemment. Le manque de personnels favorise le recours, plus systématique, à des méthodes coercitives, parfois malheureusement avec l'assentiment résigné d'un personnel mis en situation d'insécurité. Les équipes souffrent d'un déficit de parole qui n'a plus sa place dans la logique chiffrée du management.

La mobilisation large dans nos professions, contre le projet de loi, doit être l'occasion d'ouvrir le débat sur l'avenir de la psychiatrie et de sa place dans la société. Cette réforme n'est motivée par aucune urgence de santé publique. **Elle est uniquement liée à la politique sécuritaire du gouvernement, qui a volontairement dramatisé certains faits divers pour les instrumentaliser.**

Les malades mentaux ont été scandaleusement

désignés à la vindicte populaire par le discours d'Antony du président de la République, du 2 décembre 2008. Cette loi vient dans la suite logique de ce discours. **C'est une loi sécuritaire, et aucunement sanitaire.** Dans la suite du discours d'Antony, on a vu la circulaire du 22 janvier 2009 a doté les établissements de moyens supplémentaires pour renforcer les dispositifs de sécurité, comme les chambres d'isolement. Puis, le 11 janvier 2010 est sortie la circulaire donnant tous pouvoirs aux préfets pour décider des sorties d'essais, rendant secondaire l'avis médical. On a vu des préfets zélés envoyer chercher, *manu militari*, des patients sur leur lieu de travail pour les réhospitaliser alors qu'ils allaient parfaitement bien. C'est parfaitement inadmissible.

La réforme annoncée, sans réelle concertation, aggrave encore ces aspects répressifs. Si certaines mesures de mise en route des soins sous contrainte apparaissent



→

simplifiées, les procédures de sortie sont par contre plus complexes. De plus, la loi prévoirait, une mesure de rétention de 72 heures, revenant à une garde à vue psychiatrique.

Aujourd'hui, les soins sous contrainte sont limités à l'hospitalisation dont ils ne constituent d'ailleurs qu'une partie très limitée, contrairement aux chiffres délibérément faux, avancés par N. Sarkozy dans le discours d'Antony.

La réforme de la loi permettrait des soins sans consentement en ambulatoire, voire une surveillance au domicile du patient, même contre son gré. de ce fait, il y aurait, une inflation des soins sous contrainte qui pèserait lourdement sur la disponibilité des équipes. Dans le contexte de réduction des moyens que nous connaissons, on peut

penser que, faute de pouvoir tout faire, les missions sécuritaires prévues dans la loi seront prioritaires. Après Antony et la circulaire de janvier 2009, les seuls budgets prévus pour la psychiatrie, avec un empressement injustifié, ont été pour le « flicage » des malades.

Cette loi modifierait également nos pratiques professionnelles. **Les psychiatres** (qui ont entre-temps perdu leur indépendance du fait du changement de leur statut) auraient surtout un rôle d'expert pour prévoir un éventuel trouble à ordre public.

Les soignants impliqués dans la surveillance des patients, y compris dans leur vie privée, auraient, eux, une fonction de surveillance et de contrôle. Il doit y avoir des nostalgiques de l'époque où, il y a moins d'un siècle, la psychiatrie était sous la tutelle du ministère de

l'intérieur... Cerise sur le gâteau, ce projet prévoit de confier certains soins sous contrainte à des établissements privés ! Si ceux-ci acceptent, c'est qu'il y a de l'argent à gagner. Au comble de la perversion, les soins sans consentement pourraient, dans une logique de T2A, être plus valorisés que les autres. Il ne sera plus rentable de passer du temps à obtenir le consentement du patient, qui est en soi un travail thérapeutique, et qui garantit l'adhésion du patient dans la durée.

L'acceptation du soin est un aspect essentiel du travail en psychiatrie, sauf urgence on ne peut le supposer résolu d'emblée, par une mesure coercitive. C'est pourquoi, les soins sous contrainte ne doivent être qu'exceptionnels et non pas un principe préalable à toute l'organisation de la psychiatrie.

Pourquoi défendre le secteur ?

Le problème de la santé mentale est celui de l'accès aux soins. La politique de secteur est, de ce point de vue, la réponse appropriée. **La sectorisation** vise à favoriser l'accès aux soins, par la proximité des lieux et la disponibilité des équipes qui engagent une continuité relationnelle favorable à l'acceptation du suivi dans la durée, y compris si ce suivi est émaillé de périodes d'hospitalisation.

Le projet de loi ignore totalement cette dynamique du secteur, dont le rôle de prévention des situations de crise est pourtant essentiel. Les principes en sont contredits, là où le secteur parle d'accès aux soins, la loi oppose l'obligation et la contrainte. Là où il s'agit d'un suivi, on oppose une surveillance. La politique de secteur est avant tout une politique thérapeutique. La contrainte ne peut être un principe thérapeutique. S'il doit y avoir une loi en psychiatrie, ce doit être d'abord une loi garantissant

le cadre de la politique de secteur.

La loi HPST s'appuie sur des nouveaux territoires de santé dans une perspective de gestion, et non plus comme le secteur sur des critères géo-démographiques en réponse aux besoins de la population. Le rapport COUTY s'inscrivait totalement dans la loi HPST et menaçait de dissocier l'extrahospitalier et l'intrahospitalier, mettant fin à l'unité du secteur qui est la base de la continuité des soins. En outre, ce découpage permettait de prévoir deux modes de financement différents entre l'extra et l'intra, ce dernier rentrant alors naturellement dans le cadre MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Le rapport MILON au nom de l'OPEPS (Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé) s'inquiétait de l'état dramatique de la psychiatrie en France et proposait des mesures dans la suite du rapport COUTY.

Ces rapports faisaient craindre pour l'avenir du secteur, mais, au moins, il y était encore question d'une loi générale pour la psychiatrie. Depuis, plus rien. La loi sur les soins sans consentement est donc à ce jour le seul projet de gouvernement pour la psychiatrie. La psychiatrie semble condamnée à se fondre dans la réforme de l'hôpital public, au même titre que MCO. Lentement mais inexorablement, les mécanismes appliqués à MCO s'appliquent à la psychiatrie. On assimile les mêmes modes de pensée inspirés de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Les pôles sont la machine de guerre de cette assimilation, le mode de financement va suivre sans qu'il ne soit vraisemblablement très différent de la T2A. Il y a processus d'acculturation de la psychiatrie au sein de l'hôpital entreprise. Voilà sans doute pourquoi le gouvernement ne voit aucune urgence à proposer une loi



spécifique pour la psychiatrie, en dehors d'une loi purement sécuritaire.

Tout au plus, il est proposé de réfléchir à l'intégration des dispositifs de secteur dans des groupements de coopération sanitaires. Mais les GCS (Groupements de Coopération Sanitaire), dits de moyens, qui sont surtout mis en avant, sont incompatibles avec la politique de secteur. La coopération avec le médicosocial est importante pour les secteurs de psychiatrie, mais doit-elle se faire dans un cadre gestionnaire

commun ? La psychiatrie, et on peut penser en premier lieu à la pédopsychiatrie, ne risque-t-elle pas d'être le partenaire perdant de ce type de collaborations ? Les GCS, établissements de santé, pourraient s'avérer plus adaptés mais encore faut-il être sûr de garantir leur statut public, tant pour leurs missions que pour les statuts des personnels qui y travailleront. On peut néanmoins être inquiets, car la « philosophie » de la loi HPST et des GCS est de promouvoir la place du privé.

Du fait de la conception contractuelle qui sous-

tend cette organisation, on peut supposer une grande inégalité des dispositifs, d'un territoire à l'autre. Comment sera garantie l'égalité de l'accès aux soins dans ces conditions ? La sectorisation n'avait pas fait disparaître ces inégalités. Une grande part des inégalités est due à la situation défavorisée des secteurs rattachés aux hôpitaux généraux. Les GCS ne risquent-ils pas d'être acceptés par les psychiatres comme un moindre mal face à la politique hospitalière actuelle qui ne garantit plus ni les moyens, ni la place de la psychiatrie ?

La CGT propose...



La CGT propose un projet global pour la psychiatrie intitulé : « **Pour un nouvel élan de la psychiatrie** ». Le **secteur** y occuperait la place centrale avec des moyens humains et matériels, gérés par un établissement public de secteur. Son budget serait spécifique, et non calqué sur une quelconque T2A.

Il faut donc une loi pour l'organisation de la santé mentale garantissant, par les moyens attribués, l'engagement de la société pour soigner les patients les plus vulnérables que sont les malades mentaux.

C'est un choix humaniste,

c'est un choix de civilisation, mais c'est aussi un engagement financier.

Il est donc décisif que la politique en faveur des malades mentaux émane d'une réelle volonté nationale, concrétisée par une politique ambitieuse donnant aux secteurs les moyens, non seulement de fonctionner, mais aussi d'innover.

La psychiatrie n'est que marginalement tributaire des progrès techniques purs, mais elle est un secteur important d'innovation sociale en matière de santé, comme l'ont été les hôpitaux de

jours, comme pourrait être la sectorisation dans d'autres domaines que la psychiatrie.

Il est inacceptable de considérer la psychiatrie de manière purement régaliennne sur le versant sécuritaire, mais aussi de refuser une réelle politique nationale pour les soins aux malades mentaux préservant leurs droits humains fondamentaux, à commencer par celui d'être correctement soignés.

Stéphane BARBAS
Pédopsychiatre

LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PLFSS) 2011 , OU COMMENT ACCENTUER LES INÉGALITÉS DE SANTÉ POUR SATISFAIRE LES MARCHÉS FINANCIERS !



Le gouvernement vient de dévoiler ses objectifs pour le financement de la santé en 2011. Une nouvelle fois, il annonce un déficit record et un nouveau plan d'économies de 2,5 Milliards d'euros.

Mais que recouvrent ces chiffres ?

Certes, la dépense **courante de santé** (223 Milliards d'€ en 2009) est en augmentation de 4% par rapport à 2008 ; ceci recouvre des évolutions très différenciées, puisque les dépenses liées aux personnes âgées dépendantes (priorité nationale au retard incontestable) augmentent de 15,1%, et les dépenses de prévention de 12,9% (essentiellement liées à la sinistre affaire de la grippe H1N1). **La consommation de soins** (175

Milliards euros en 2009, soit 9,2% du PIB) continue à croître (+ 3,3% en un an), mais enregistre un ralentissement de croissance significatif. On ne peut s'empêcher de la relier à cet autre chiffre : plus de 20% des français ont connu en 2009 **une situation de renoncement aux soins**. Il faut dire que, si le « reste à charge » des assurés est globalement stable (9.4% en 2009), cette stabilité recouvre une très grande disparité selon les revenus : 0.5% des

revenus les plus riches, 2% des revenus des moins favorisés, sont consacrés à leur santé.

Certes, le déficit annoncé de la Sécurité sociale creuse encore : 23 Milliards d'euros, dont 13 pour la branche Assurance Maladie. Mais ceci est à mettre en regard des **70 milliards d'euros** annuels d'exonérations de charges sociales d'entreprises (voilà des « niches fiscales » bien protégées...), des pertes liées à l'augmentation du chômage, qui relativisent largement ce « déficit ».

Une réponse à cent lieues des besoins du système de santé français

La thérapeutique est ancienne et classique : le taux de remboursement des médicaments passe de 35% à 30%, le seuil de participation forfaitaire est relevé de 91 à 120 euros pour le paiement du ticket modérateur sur les soins coûteux, les soins pris en charge à 100% sont limités. Ce schéma permettant d'opérer un nouveau transfert de charges en direction des mutuelles, obligeant celles-ci à une augmentation de leurs cotisations (déjà annoncée supérieure à 8% !), autorisant de fait une sélection des assurés, dans laquelle ne demandent qu'à s'engouffrer les assurances privées. Il faut mettre en regard l'effort très réduit demandé aux entreprises (cotisations accidents du travail/maladies professionnelles relevées de 0.1 point, taxation de

l'intéressement).

Comme pour les retraites, deux logiques, là encore, s'opposent : augmentation équitable des cotisations, suppression des défauts de recouvrement, et taxation des revenus du capital ; à l'opposé, la stratégie actuelle, qui fait reposer sur les seuls assurés tout le poids de la recherche de l'équilibre ; avec le risque, largement souligné, d'accentuer le report ou le renoncement aux soins, dont nous constatons déjà les effets dans nos services (à commencer par l'engorgement des services d'Urgences).

Sans vergogne, le gouvernement admet poursuivre avec ce PLFSS 2011 un unique objectif : réduire le déficit public pour satisfaire les

marchés financiers et les agences de notation ; un pur plan d'économies, que l'on ne prend même pas la peine d'envelopper de préoccupations de santé publique, ni d'améliorations de l'organisation du système de soins.

D'autres logiques existent, et la CGT a des propositions concrètes dans ce sens ; mais dès maintenant, il devient de notre responsabilité de médecins, au nom de la justice sociale, de l'égalité d'accès aux soins, du maintien d'une protection sociale solidaire, de s'opposer par tous les moyens à cette logique destructrice.

Christian Guy-Coichard
Praticien hospitalier

DÉMARRAGE DES ARS – REFUSONS L'INACCEPTABLE !

Arrivées le 1^{er} avril 2010, les Agences Régionales de Santé (ARS) regroupent aujourd'hui les compétences et les personnels des anciennes ARH⁽¹⁾, mais aussi des DDASS⁽²⁾, DRASS⁽³⁾, URCAM⁽⁴⁾, CRAM⁽⁵⁾ (branche maladie). **Leur Directeur Général** nommé en Conseil des Ministres règne désormais en maître sur l'ensemble des activités des secteurs sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et médico-social.

Il nomme et révoque les directeurs d'établissements et leur impose sa politique dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Malgré un discours de démocratie sanitaire lié à la mise en place de la **Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie (CRSA), et du conseil de surveillance**, ces instances n'ont qu'un pouvoir des plus restreints, le Directeur Général n'ayant de comptes à rendre qu'aux politiques qui l'ont choisi.

Pressé par les échéances électorales de 2012, l'Élysée leur a commandé des nouveaux **SROS**⁽⁶⁾ pour juillet 2011, afin d'appliquer les dernières retouches à la restructuration de l'offre de soins en France laissant la part belle aux opérateurs privés à but lucratif. La loi HPST, ayant prévu d'organiser des **conférences de territoire** censées être des structures d'échange et de dialogue démocratique de proximité en charge d'élaborer le projet sanitaire et médico-social du territoire base de

l'élaboration des SROS, les ARS contournent l'obstacle démocratique en imposant des territoires immenses en complet décalage avec les réalités du terrain, mais permettant un contrôle étroit des travaux de la conférence par les « cadres » de l'ARS.

De toutes les façons, la ligne de route en a été fixée par l'Élysée en collaboration avec Raoul Briet, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, et tout nouveau Président du conseil de surveillance de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) : **réduire drastiquement l'ONDAM et tout particulièrement le budget consacré aux Missions d'Intérêt Général et Aides à la Contractualisation (MIGAC) qui concerne principalement aujourd'hui le secteur public.**

En ce sens, l'exemple de l'ARS d'Île de France est probant. A peine arrivé, le Directeur Claude Evin propose de ne faire qu'un seul territoire de Paris et des départements de la petite couronne, concocte une cure d'amaigrissement pour l'AP-HP qui passe de 37 à 12 établissements, annonce la réduction de l'enveloppe MIGAC régionale de 20% dès 2010 et propose de réduire de 53 à 7 le nombre des blocs chirurgicaux opérationnels hors Paris après 18h00 en semaine, les nuits, les week-end et jours fériés, et de limiter les permanences de radiologie à un seul site par département, aux mêmes

horaires, avant de s'attaquer aux autres lignes de garde de la permanence des soins hospitalière (laboratoires, réanimations...).

Si certains d'entre nous risquent de comprendre à leurs dépens que le **nouveau statut de PH** est désormais des plus précaires, le directeur pouvant à tout moment les placer en recherche d'affectation auprès du Centre National de Gestion, on s'interrogera sur les difficultés d'exercice que vont rencontrer nos collègues dans les établissements qui perdent leur permanence des soins, avec de nombreuses activités de facto remises en cause (réanimation, unv, chirurgie « lourde »...), mais aussi la dégradation des conditions de travail de l'unique équipe départementale chargée d'assurer la permanence qui sera forcément tôt ou tard dans l'incapacité de répondre à tous les besoins.

Avec la mise en place des ARS, c'est bien le dernier acte de la casse du service public hospitalier qui est lancé. Notre devoir de médecin est de nous opposer vivement à une telle dérive néfaste tant pour la sécurité des patients que nous prenons en charge, que pour nos conditions d'exercice et donc notre santé personnelle.

Yves Laybros
Médecin urgentiste
Représentant de la CGT à l'ARS d'Île-de-France

⁽¹⁾ARH : Agences Régionales de l'Hospitalisation

⁽²⁾DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

⁽³⁾DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

⁽⁴⁾URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

⁽⁵⁾CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

⁽⁶⁾SROS : Schéma Régionale de l'Organisation Sanitaire

Bulletin d'adhésion

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Age : Profession : :

Entreprise (nom et adresse) :

prendre contact
me syndiquer

A retourner :



Fédération CGT Santé Action Sociale - Secteur Qualité de vie syndicale
263 rue de Paris - Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX - orga@sante.cgt.fr

