

PERSPECTIVES

SANTÉ | ACTION | SOCIALE

CGT



➤ **Une autre Psychiatrie est possible... À NOUS DE LA CONSTRUIRE ENSEMBLE!**



Uniques, ensemble.

Ensemble, nous nous mobilisons pour une évolution positive de la société. Un monde où tout le monde a sa place. Et ce, quels que soient son identité, son parcours, ses aspirations. Nous sommes tous différents, et nos différences nous réunissent. Mieux, elle nous réussissent.

SANTÉ | PRÉVOYANCE | ÉPARGNE & SERVICES FINANCIERS | RETRAITE



Retrouvez plus d'infos sur
groupe-apicil.com

Toutes nos mentions légales sur groupe-apicil.com

Crédit photo : Shutterstock - IN22/FCR0013 - communication publicitaire à caractère non contractuel

ÉDITO



Jocelyne GOÛT
Commission Nationale de la Psychiatrie

4-13 | **Dossier spécial
PADHUE**

15-28 | **Actualité CNP**

19-34 | **Actualité
UFR**

De la volonté publique de détruire la psychiatrie à la résistance des syndicats CGT

La thèse de médecine de François Tosquelles, psychiatre, psychanalyste, d'origine espagnole émigré en France lors de la Retirada s'intitulait « Le vécu de fin du monde dans la folie ». Cette thèse a été rédigée après une guerre où ce vécu de fin du monde s'inscrivait alors dans le réel. Ainsi, en Europe, des êtres humains devenaient des objets et des déchets, à détruire, « Untermensch » en raison de leur « race » ou de leur « débilité ».

En France, au sortir de ce ravage, va se développer grâce entre autres à Tosquelles, la psychothérapie institutionnelle. Il s'agissait de créer dans les institutions une « ambiance » qui rende possible l'établissement de relations entre patient.e.s et soignant.e.s « sur la base de l'accueil et du respect de l'inconnu de l'humain-autre-quel qu'il soit ». Tosquelles disant alors de la psychiatrie qu'« elle interpelle les soignants comme hommes singuliers qu'ils sont, autant que comme membres d'un groupe social ». La présence importante des syndicats CGT dans les hôpitaux psychiatriques n'est certainement pas à séparer de l'histoire et des origines de ce mouvement, qui a commencé à irriguer les hôpitaux psy, alors que la Sécurité Sociale naissait du Conseil National de la Résistance.

Dans les années 2000, l'insaisissable de la psychiatrie, le non productivisme des patient.e.s et des professionnel.le.s, les temps consacrés à la réflexion et à l'analyse deviennent insupportables et dangereux pour des politiques de santé qui s'ancrent de plus en plus dans une vision du monde ultra-libérale. La destruction de la psychiatrie, commencée avec la disparition du diplôme d'infirmier psy, va progressivement s'accélérer : réduction des moyens, réduction de la formation, réduction de la liberté de penser, d'analyser, soumission à des protocoles, aux ARS au DSM, disparition des hôpitaux psy dans les soins généraux, inscription des patient.e.s et des professionnel.le.s dans des cases...

Les syndicats CGT de la psychiatrie refusent d'être complices de la disparition de la spécificité de la psychiatrie au profit d'un fourre-tout sans clinique où les professionnel.le.s seraient tou.te.s interchangeables. Ils s'inquiètent du discours contemporain autour du patient « acteur de son soin » qui s'accompagne d'un déni de la pathologie psychiatrique.

Dans le même temps, les décrets gouvernementaux sur la tarification ou les conditions d'autorisations d'exercice favorisent le développement de la psychiatrie privée lucrative, au bénéfice de grands groupes financiers pour lesquels la santé est un marché. Aujourd'hui, les technocrates qui se sont attachés à détruire la psychiatrie publique pensent avoir réussi ! Ils ont tort !

Les syndicats CGT organisent la lutte et la résistance partout où ils sont implantés, ainsi que vous pourrez le lire dans ce numéro de Perspectives Santé. Refusons tou.te.s d'être les instruments de cette destruction et luttons partout pour revendiquer de toute urgence des moyens à la hauteur des besoins pour une psychiatrie humaniste et vivante !

Publication de la Fédération

de la santé et de l'action sociale
Commission paritaire n° 0228 S 06676
ISSN : 0299-0369

Tirage : 70 000 exemplaires

Directrice de la publication :

Mireille STIVALA

Rédacteur en chef :

Jérémi PRIGENT

263, rue de Paris - case 538

93515 Montreuil CEDEX

Tél. 01 55 82 87 47 / 87 70

Impression :

RIVET PRESSE ÉDITION

Tél. 05 55 04 49 50



Praticiens ayant acquis leurs diplômes hors Union européenne

"Ils vivent ici, ils bossent ici, ils restent ici !"

Depuis plusieurs mois, des centaines de médecins étrangers exerçant en France sont sommés de quitter le territoire faute de titre de séjour valable. Plusieurs textes publiés par le Gouvernement depuis la fin de la crise sanitaire ne leur permettent en effet plus de poursuivre leur activité, à moins de passer un exigeant et controversé concours offrant peu de postes à la clé. Le nouveau mécanisme légal d'intégration des PADHUE (2019) fait la part belle à ce concours. Il renvoie dans l'invisibilité et le retrait du droit au travail et du droit au séjour les non lauréats, dont certains ont décidé de faire appel à la CGT. Alors que le travail de ces praticiens à diplôme hors Union européenne a été largement facilité pendant le Covid, certains dénoncent aujourd'hui des notifications d'obligation de quitter le territoire français qui tombent en pagaille, entraînant fermetures de lits, sous-effectifs dans les services, précarité et génèrent un enfer existentiel, pour cette « main d'œuvre » précieuse en ces temps de pénurie médicale.

Face à cela, le secteur « Migrants » de la CGT apporte une réponse d'ampleur, une réponse commune, « Ils bossent ici, ils restent ici ».

Les impacts de la loi dite "Immigration" sur les PADHUE

PADHUE : Praticiens ayant Acquis leurs Diplômes Hors Union Européenne. Sont concernés les médecins quelles que soient leurs spécialités, les pharmaciens, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.

Repères et histoire :

Depuis le début des années 80, pour faire face à la pénurie médicale, les directeurs hospitaliers ont recours aux PADHUE. Ces médecins, le plus souvent issus d'un milieu et d'une formation francophone, ayant fait des études hors Europe,

étaient recrutés « de gré à gré » c'est à dire directement sur dossier universitaire du pays d'origine par les directeurs d'hôpitaux, sur des statuts de « faisant fonction », voire de « stagiaires associés » à 1400 €/ mois parfois pour 50 heures de travail par semaine, ...et le plus souvent, sont « tenus de participer à la continuité des soins » !

Depuis les années 80, la maltraitance de ces médecins est connue : Non-inscrits à l'Ordre... ils restent des années durant « faisant fonction d'interne », c'est à dire non autorisés légalement à signer une ordonnance, interdits d'entête médicale sur les courriers en leur nom, interdits légalement de tout certificat médical, interdits de la mention « médecin » sur leur blouse. En somme, bien qu'ils soient tenus de participer à la continuité des soins, ils exercent dans les hôpitaux sous la tutelle d'un autre médecin. Ils vivent alors une condition de « figures de l'ombre », quand ils ne sont pas contraints d'exercer un métier d'IDE ou d'AS.

Avant les lois de 2019, ils subissent un parcours de plusieurs années (8 à 10 ans) qui les conduit à la

Commission Nationale d'Autorisation d'Exercice (CNAE) ou ils acquièrent sur examen ou sur dossier l'autorisation ordinaire et le droit de s'inscrire à leur ordre professionnel. Depuis la loi d'août 2019, la volonté politique du ministère est d'éteindre ces statuts dits « *de gré à gré* ».

La CGT a été alertée par un syndicat de PADHUE (SUPADHUE) en novembre 2021 quant à l'absence de toute prévision quant aux PADHUE non éligibles dans la loi stocks (ils s'appellent eux-mêmes les « non inclus », assurant la continuité des soins dans les hôpitaux, et dont les contrats sont, à coup sûr, en cours d'extinction du fait de ces lois 2019-2020.

➔ *Le déroulé ministériel a été de remplacer le « gré à gré » par une « loi de régularisation du stock » (2019) suivie d'une seule porte d'entrée vers un statut unique de « praticien associé ».*

➔ *Cette unique porte d'entrée est un concours hyper sélectif « l'épreuve de vérification des compétences » (EVC) (en 2023, 2700 postes et 20 000 candidats, en majorité « Hors union Européenne »).*

➔ *Au titre de cette loi, dit « loi du Stock » par le ministère, 3 980 PADHUE en poste deux ans, temps plein, avant juillet 2021 ont bénéficié d'un examen sur dossier et d'un passage en commission nationale d'autorisation d'exercice (CNAE) et d'une progression vers le statut de « praticien associé ».*

➔ *Cette CNAE fixe à chacun un parcours de consolidation des compétences (PCC) de deux ans, sous l'égide d'un centre universitaire ou d'un service hospitalier habilité.*

➔ *Ce verdict survient dans l'immense majorité, en référence à une « maquette de formation d'interne ».*



© Bruno Levesque / IP3

➔ *La CGT a d'ailleurs été tenue informée d'un grand désordre des parcours issus des décisions PCC du CNAE : aucun moyen de tutorat dans les services habilités, absence de coordination ARS des postes disponibles, etc, Or le PPL Valletoux ne prévoit rien de tout cela...sous sa forme actuelle.*

➔ *Il reste zéro de ces praticiens après ces deux années de parcours de consolidation des compétences à obtenir, après un second passage en CNAE, leur autorisation de plein exercice.*

Sous l'impulsion des chefs de service et même des directeurs, les fins de contrats voient leur date limite repoussée de décembre 2022 à fin avril 2023 !

Les directeurs suivent depuis avril 2023 les directives ministérielles de ne plus renouveler les contrats de PADHUE qu'ils avaient contracté de gré à gré et renouvelés jusque-là, ne laissant courir que les seuls inscrits aux EVC 2023, en attendant les résultats du concours... toujours avec l'angoisse existentielle à la clé pour les intéressés, au sujet de leurs droits au séjour et droit au travail

Quelle place occupent les PADHUE sur le territoire national ?

La CGT a évalué à environ 3 000 le nombre des non inclus. Chaque année, sous l'ancien système, alors que des promotions de 7 000 internes étaient autorisées au plein exercice par le CNOM, environ 800 Padhue l'étaient, à effectif égal avec les médecins

européens. Les statistiques du CNOM consultées s'arrêtant à l'année avant la montée en puissance des EVC 2021 (1780 postes de praticien associés).

Quelles sont leurs provenances ?

Une petite moitié vient de pays de l'Union européenne. Si on regarde dans le détail, on remarque que les médecins étrangers généralistes proviennent pour un tiers de Roumanie, puis de Belgique, d'Espagne, d'Allemagne ou d'Italie, qui eux représentent à peu près 25% des effectifs. L'autre moitié des généralistes étrangers provient de pays hors UE. La plupart du temps d'Algérie, du Maroc, de Madagascar ou encore de Syrie. Et contrairement à une idée reçue, ces médecins généralistes étrangers ne viennent pas forcément pour lutter contre les déserts médicaux.

D'après les données du conseil de l'Ordre, ils s'installent principalement dans les grandes villes : Paris, Bordeaux, Toulouse ou encore Strasbourg, là où il existe des CHU.

Issus pour la plupart d'Afrique francophone, et notamment d'Algérie pour la majorité, mais aussi de francophones de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, du Moyen-Orient et de l'Extrême-Orient, la francophonie est un atout pour notre pays. La CGT fait la remarque que le travail coopératif d'équivalence des diplômes et spécialités devrait progresser avec leur université d'origine dans le but de définir les équivalences de diplôme.

Face à la future loi : « Contrôler l'immigration, améliorer l'intégration » !

Pour les Padhue, le projet de Loi ne leur propose rien de plus qu'une précarisation, sans aucune garantie pour la suite.

Présenté en conseil des ministres le 1^{er} février 2024, le projet de Loi « Contrôler l'immigration, améliorer l'intégration » contient des mesures à destination des praticiens à diplôme hors Union européenne. Il instaure une carte de séjour « talent professions médicales et de la pharmacie », d'une durée de 4 ans maximum. Alors que 30% des postes de praticiens hospitaliers demeurent vacants, le Gouvernement propose une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice pour les Padhue dans son projet de loi.

Le gouvernement prévoit la création d'une carte de séjour spécifique qui concernera notamment les médecins étrangers quelle que soit leur spécialité.

Destiné à « améliorer l'attractivité » de la France, ce nouveau titre de séjour « pluriannuel » d'une durée « **maximale de treize mois renouvelable une fois** » dénommé TPMP (Talent- professions médicales et de pharmacie) concernera les médecins étrangers quelle que soit leur spécialité, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens. Il prévoit également d'abaisser le seuil de revenus exigé pour y prétendre.

Après l'Union européenne (UE), l'Afrique francophone est en effet le premier pourvoyeur de l'hexagone : Algérie, Maroc et Tunisie en tête, mais aussi Madagascar, Sénégal, Cameroun, Côte d'Ivoire, Bénin et République Démocratique du Congo (RDC). En 2022, selon le Conseil de l'Ordre des médecins français, les trois quarts des 2 000 praticiens à diplôme hors UE (PADHUE) qui ont passé les épreuves de vérification des connaissances étaient originaires du Maghreb et l'autre moitié d'Algérie.

L'attractivité de la France n'est pas nouvelle et s'inscrit dans un mouvement mondial des fuites des cerveaux du Sud vers le Nord, qui dépasse les professions médicales. Avec 16% de médecins nés à l'étranger, elle est même en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE, qui est à 25%. Dans le service public britannique par exemple, plus d'un médecin sur trois vient d'Inde, du Nigeria ou d'Égypte. En témoigne la vitalité de la mobilité étudiante africaine dans les facultés et les services hospitaliers. Le nombre de visas accordés aux jeunes africains en formation a bondi de 32,5 % pour la rentrée 2020-2021, ceux d'Afrique subsaharienne de 41% sur cinq ans, selon l'agence Campus France. Et, d'après les chiffres provisoires, la hausse s'annonce encore plus forte en 2022.

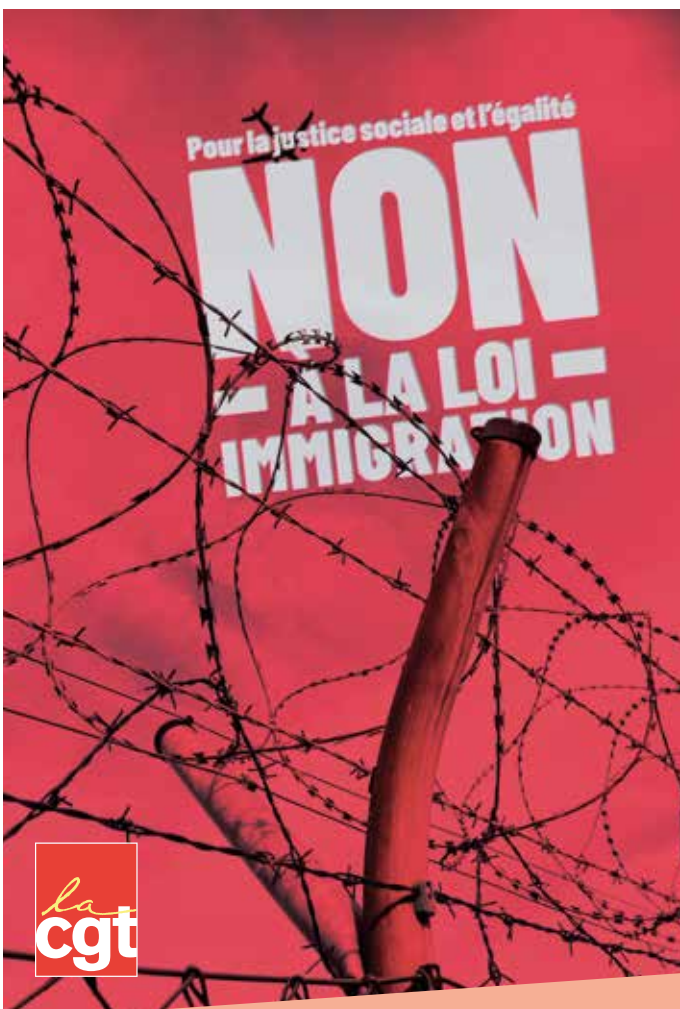
En la matière, la CGT ne s'attèlera pas à faire la morale aux mouvements migratoires, après des années de relations néocoloniales qu'elle a combattues, l'absence de progrès sous forme de changement économique-politique et environnemental des pays d'origine nous interdit une posture de donneur de leçon sur la fuite des cerveaux, comme le fait la droite parlementaire de manière si généreuse et le parti RN avec sa « préférence nationale » contraire à la constitution.

Une réalité administrative plus compliquée, qu'il n'y paraît !

Alors que le gouvernement reconnaît la pénurie d'effectifs médicaux, il provoque une crise supplémentaire en organisant de façon obscure et au compte-goutte l'attribution des autorisations d'exercer pour les praticiens à diplômes dits hors Union Européenne.

L'arbitraire et l'indignité de ces mesures annoncées ne prennent pas en compte ni la réalité des besoins de santé de la population, ni la situation réelle des hôpitaux au regard du manque de praticiens. Le ministère ne sait parler que de « stock et de flux » réduisant encore une fois des humains à un statut de matériel ou de marchandises.

La DGOS, en prenant la décision de supprimer tous



les statuts de Praticien Attaché Associé et d'Assistant Attaché associé pour les remplacer par un statut de Praticien associé à un médecin dit "senior" oblige les établissements de santé à mettre fin à tous les contrats des PADHUE au 31 décembre 2023.

Modalités de ce nouveau titre de séjour

Un premier projet de Loi Darmanin a été supplanté par le PPL Valletoux sur les déserts médicaux, dont l'article 10 passé en première lecture au Parlement en juin 23 prévoit les dispositions suivantes : A noter que le passage au Sénat est programmé en novembre 2023.

A titre principal, l'autorisation d'accéder au seul statut de praticien associé se gagne par la réussite au concours EVC.

- *La carte de séjour pour les professionnels de santé s'intitulera « talent – professions médicales et de pharmacie ».*
- *Pourront y prétendre les médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes.*
- *La première année, une CDS de 13 mois sous condition de se présenter aux EVC, suivie d'une CDS de 4 ans*
- *A titre dérogatoire du droit commun, devant un dossier exceptionnel, le projet de Loi Valletoux avant passage au Sénat prévoit une possibilité d'exercer directement dans un établissement de santé avec engagement de passage des EVC*
- *Cette carte dérogatoire de 13 mois seulement permettrait au praticien recruté par un hôpital ou un cabinet de venir travailler en France, mais aussi à sa famille de l'accompagner. Rappelons que le succès n'est pas acquis (taux de sélection actuel : 10 à 30 % selon les spécialités)*

➤ *En sachant que la durée de validité de cette carte de séjour sera de 13 mois*

➤ *La première année, une CDS de 13 mois sous condition de réussite aux EVC, suivie d'une CDC de 4 ans*

➤ *La durée dépendra donc de la validation des EVC.*



©Bahar Makool

➤ *En avril 2023, l'embauche de médecins étrangers n'est pas aisée, puisqu'aucun titre de séjour ne correspond réellement à ce type de profession (statut étudiant pour les stagiaires associés et les FFI)*

➤ *Plus d'informations sur les modalités de la carte de séjour seront disponibles, à condition que la Loi soit promulguée en préfecture.*

➤ *Au total, le recrutement des médecins se fera sur critère de succès aux EVC au vu des diplômes du pays d'origine universitaire (sauf exceptions comme dans la carte talent de 13 mois accordée sur commission dérogatoire, sur la très haute qualification du candidat) ainsi que sur la maîtrise de la langue française.*

LES EXIGENCES DE LA CGT

Le collectif médecin de l'UFMICT-CGT appelle à ce que chaque praticien PADHUE en établissement sanitaire public et/ou privé puisse faire l'objet d'une affectation et d'un parcours rapide d'autorisation d'exercice, sans que personne ne soit « oublié ». Le collectif médecin de l'UFMICT-CGT effectuera une évaluation sur les effectifs et les cas individuels difficiles.

➤ **L'extension sur tout le territoire et dans le temps après 2025, du Décret n°2020-377 du 31 mars 2020 relatif au plein exercice dans certains territoires d'outre-mer des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des personnes ne remplissant pas les conditions de nationalité et de diplôme normalement applicables à tout le territoire national. C'est la garantie que les CDD de gré à gré des directeurs envers les PADHUE cède la place à des statuts pérennes de praticiens associés et à un droit au choix du poste, à la formation en spécialité.**

➤ **L'accès pour les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (PADHUE) exerçant dans les établissements publics de santé des mêmes niveaux de rémunération que leurs collègues à diplômes français et de l'Union européenne.**

Pour la régularisation des travailleurs sans papiers, la CGT milite :

➔ pour la réouverture des guichets physiques,

➔ pour la simplification des démarches,

➔ pour la régularisation de plein droit sur la base de preuves de travail (facture, fiches de paie, contrat, etc.).



Voici les grandes orientations de la loi, toutefois les détails de ce projet de loi restent à définir

Concernant les EVC (épreuves de validation des connaissances) :

A savoir : Le nombre de postes ouverts est inférieur au nombre de PADHUE se présentant aux épreuves nationales.

Aujourd'hui, pour les PADHUE ayant commencé à travailler en juillet 2019, est mise en place une nouvelle procédure basée sur une Épreuve de Vérification des Connaissances organisée sur le modèle d'un concours (le nombre de postes étant limité, avoir la moyenne ne suffit pas pour réussir) suivie d'une période de consolidation de 2 ans, assimilée à un stage de validation des compétences.

En février 2022, les résultats sont tombés comme un couperet : 1 716 lauréats ont obtenu un classement suffisant pour se voir inscrits sur une "première liste". Quelques centaines d'autres demeurent sur une liste d'attente.

Les recalés représentent 61 % des 4 400 candidats alors que nous manquons partout de praticiens. Le ministère a recréé un nouveau *numerus clausus* basé sur un recensement arbitraire de postes disponibles. La pénurie de postes statutaires, la contractualisation en catimini de gré à gré des directeurs envers ces contractuels est en cause ! Certains directeurs d'ARS s'arrogent le droit de réduire le nombre de postes déclarés disponibles par certains services contre l'avis des chefs de Pôle.



Accueil des travailleuses et des travailleurs sans papiers dans les organisations de la CGT

Il n'y a à ce jour aucune loi qui impose ou rend automatique la régularisation des travailleuses et travailleurs sans papiers. Il existe des orientations écrites pouvant être produites devant les tribunaux, mais elles ne s'opposent pas aux juges. Ces avancées ont été arrachées par les grèves des travailleurs sans papiers : la circulaire du 28 novembre 2012 encadrant l'admission exceptionnelle au séjour, posée dans l'article L. 313-14 du Ceseda (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) et l'actualisation de la FAQ (foire aux questions) du 24 avril 2018 qui précise l'application de cette circulaire dite circulaire « Valls ».

Deux démarches sont possibles pour obtenir la régularisation de travailleurs :

- le dépôt de dossiers individuels dans le cadre strict de la circulaire « Valls » du 28 novembre 2012 n° NOR INTK1229185C et sa FAQ ;
- le dépôt de dossiers collectifs lors d'une grève dans une entreprise, un conflit du travail qui rend possible un examen dérogatoire aux critères fixés par cette circulaire.

Pour la CGT, les travailleurs et travailleuses sans papiers sont des travailleurs comme les autres. Ce n'est pas la main-d'œuvre immigrée qui fait baisser les salaires. Ce sont les règles du capitalisme mondialisé qui organisent la mise en concurrence des travailleurs et imposent la compétitivité, la rentabilité, la précarité et la volonté de réduire ou de nier les droits de toutes et tous.

L'existence d'une force de travail en « situation dite irrégulière », sans autorisation de travail, n'est pas le propre de la France. Elle se rencontre sur tous les continents, même si elle prend des formes étatiques différentes (les exemples les plus connus sont les travailleurs irréguliers latino-américains aux États-Unis, les travailleurs du sous-continent indien dans les pays du Golfe, les travailleurs palestiniens en Israël, les travailleurs des campagnes sans permis en Chine, etc.). Mais elle vise le même but : la surexploitation par l'absence de droits protecteurs.



Face aux intérêts des marchés financiers, du patronat et aux complicités étatiques, l'unité de classe des travailleurs est plus que jamais d'actualité. Nous diviser, c'est renforcer la classe dominante. C'est pourquoi garantir et gagner des droits nouveaux pour les travailleurs sans papiers, c'est renforcer les droits de tous les travailleurs et de toutes les travailleuses.

Les logiques étatiques et patronales à l'œuvre font que les situations des travailleurs sans papiers exacerbent leur précarité. En effet, les difficultés inhérentes aux entraves faites à leur régularisation administrative font qu'ils n'ont d'autre choix que de travailler sans être déclarés ou d'être embauchés sous l'identité d'un tiers en utilisant un « alias ».

La CGT tient compte de cette situation particulière et met à disposition de ces travailleurs toutes ses organisations et outils nécessaires pour faciliter leur accueil. Bien les accueillir, c'est tout mettre en œuvre et de manière collective pour gagner leur régularisation et le respect de leurs droits. Cette démarche peut passer par la régularisation individuelle en fonction des critères déjà obtenus par les précédentes luttes, mais aussi par le fait de renforcer de manière confédéralisée le rapport de force, pour gagner de nouveaux droits.

La permanence organisée par la CGT comme lieu d'accueil

Face à cette situation, la CGT ne peut se résoudre à la division du salariat, quels que soient le statut et la nationalité. Elle revendique donc une égalité de droits pour tous les travailleurs et toutes les travailleuses, l'égalité de traitement « **à valeur de travail égal, salaire égal** » et le droit de travailler de manière automatique, sans restriction et sans lien exclusif de subordination pour chaque migrant.e présent.e sur le territoire quel que soit son statut (demandeur d'asile, débouté, sans papiers, saisonnier, détaché).

La CGT refuse qu'un.e salarié.e et la régularité de son séjour soient liés exclusivement à un seul contrat de travail, un seul employeur et son bon vouloir, faisant de lui un travailleur vulnérable et jetable.

Pour faire vivre ces principes, l'existence pérenne de lieux d'accueil dans les UD et les UL est nécessaire pour organiser les prises de contacts avec les travailleurs sans papiers en lien avec les syndicats et les fédérations. Car la majorité des travailleurs risquent, du fait de leur emploi, de ne pas trouver la CGT dans leur entreprise. Et même si c'est le cas, la défense de leur dossier devant la préfecture nécessitera le suivi et l'intervention de l'UD en lien avec le syndicat et/ou la profession.

Ces lieux d'accueil existent déjà dans de nombreuses UD, tant en province que dans toute la région parisienne. Il est donc indispensable de réorienter les travailleurs vers ces permanences locales si elles existent, ou de les développer avec l'appui du collectif confédéral. Le point de contact confédéral doit systématiquement réorienter les salarié.e.s vers les lieux d'accueil locaux pour constituer les dossiers et organiser la syndicalisation et le dépôt des dossiers en préfectures, etc.

L'expérience prouve que la continuité de l'accueil syndical local permet aux travailleurs de trouver un

outil répondant à leurs besoins

(régularisation, condition et droit du travail, etc.)

et est aussi une des conditions à la construction du rapport de force par l'action collective.

Pour mieux défendre leurs intérêts et pour qu'elles et ils ne restent pas isolé.e.s,

la CGT leur propose la syndicalisation par l'adhésion dans le syndicat.

Cependant la syndicalisation, comme pour tout autre salarié.e, ne doit pas être un préalable à l'appui et l'intervention du syndicat. Dans le cas contraire, nous glisserions vers un « syndicalisme de service » laissant penser au travailleur que le fait de payer sa cotisation lui permettrait d'obtenir son titre de séjour. Cette démarche induit pour le ou la travailleur.e une attitude passive, où le syndicat serait vécu comme un intermédiaire entre lui ou elle et les services de l'État.

La CGT refuse également la mise en place de « syndicat de migrants » qui serait contraire à nos principes et nos objectifs, à savoir l'unité du salariat.

La construction de syndicats d'entreprise ou de site est bien le moyen d'offrir toute leur place dans la CGT aux travailleurs migrants. C'est bel et bien la solidarité de classe qui doit être motrice, et non pas l'acceptation de fonctionnements en parallèle qui ne conduisent qu'à l'isolement.

Pour ces mêmes raisons, on ne fait pas payer le travailleur pour la constitution de son dossier, et l'on ne doit jamais laisser entendre que la syndicalisation permet illusoirement d'être régularisé.e ou protégé.e contre les reconduites à la frontière.

Chaque régularisation est un combat non acquis d'avance, que ce soit dans le cadre de l'application stricte de la circulaire ou par procédure dérogatoire gagnée par la grève.

L'expérience acquise depuis des années par les militants et militantes CGT confirme que les travailleurs et travailleuses « sans papiers » ne viennent pas forcément voir la CGT spontanément. De plus, leur situation précaire les force à se rendre quelquefois invisibles ou à éviter, sur le lieu de travail, la discussion avec le syndicat.

Il est donc important d'aller à leur rencontre en essayant de mieux connaître leurs parcours de vie et de travail. Il peut s'agir de mettre en place des moments d'échanges partout où cela est possible : lieux d'hébergement, de restauration, de repos, et si nécessaire, organiser avec les syndicats, les unions départementales et les unions locales la prise de rendez-vous hors-travail, y compris le week-end.

On peut aussi, en fonction des réalités locales, travailler, chacun dans son domaine d'intervention, avec les associations progressistes qui accompagnent le parcours des « migrants ». Aujourd'hui, de nombreux collectifs et associations ont la volonté commune de travailler avec la CGT. Des initiatives comme « les



états généraux des migrations » et l'organisation de la journée internationale des travailleurs migrants et leurs familles (18 décembre) ont impulsé une nouvelle dynamique unitaire. Il revient maintenant à toutes et tous les syndiqué.e.s et militant.e.s d'être les vecteurs de la lutte pour le droit des travailleurs et travailleuses « sans papiers ». Le collectif confédéral « migrants » reste mobilisé pour être l'un des acteurs de cette lutte en lien avec toute l'organisation.

L'admission au séjour au titre du travail doit être de plein droit pour les travailleurs et les travailleuses migrant.e.s

Un projet de loi sur l'immigration est en préparation depuis de nombreux mois. Le projet de loi appelé « Contrôler l'immigration, améliorer l'intégration » a fait l'objet d'un vote et d'un grand nombre d'amendements par la commission des lois du Sénat en mars 2023. Ce projet sera étudié par le Sénat à partir du 6 novembre prochain.

Dans ce contexte, la CGT tient à affirmer un socle de revendications dans la continuité des positions de congrès confédéraux, du livret d'accueil des travailleur.euse.s migrant.e.s validé par la Commission Exécutive Confédérale et l'expérience militante avec les travailleurs, tant dans les grèves que lors de nos permanences organisées par nos Unions Départementales.

Ce socle revendicatif tire le bilan de la circulaire du 28 novembre 2012 visant à préciser les conditions d'examen des demandes d'admission au séjour au titre du travail déposées par des ressortissant.e.s étrangers en situation irrégulière et des conditions de régularisation de ces dernier-ière-s depuis dix ans.

Cette circulaire est le résultat de quatre années de luttes (2008-2012) et de grèves qui ont rassemblé plus de dix mille travailleur.euse.s, soutenu.e.s par la grande majorité des syndicats et les principales associations engagées auprès des migrant.e.s.

Ce texte, bien qu'il consacre un grand nombre d'avancées pour les travailleur.euse.s migrant.e.s, n'a toujours été, pour la CGT, qu'une étape dans son combat pour la justice sociale, l'égalité des droits et la reconnaissance de la place des travailleur.euse.s migrant.e.s dans notre société.

Partant de ces principes, la CGT porte la plateforme revendicative suivante :

► La CGT revendique un titre de séjour de plein droit pour les travailleur.euse.s migrant.e.s.

L'application de la circulaire du 28/11/2012 a été et reste diversement suivie par les préfetures et avec des modalités et des critères fixés par ces dernières. En conséquence, la délivrance du titre de séjour par le travail doit être un principe inscrit dans la loi, afin d'éviter tout arbitraire préfectoral que la délivrance du titre soit de plein droit. Les modalités de cette délivrance de titre de séjour par le travail doivent être basées pour les salarié.e.s sur la simple preuve de la relation de travail : bulletins de paye, chèques, virements ou constats de l'inspection du Travail en cas de travail dissimulé.

► La CGT revendique la fin du pouvoir de l'employeur dans la délivrance au salarié.e migrant.e du titre de séjour par le travail

Aujourd'hui, la condition préalable à la régularisation dépend du bon vouloir des employeurs qui ont constitué leur système économique sur le dumping social et refusent, la plupart du temps, de remplir les CERFA, sauf à y être contraints par la grève.

Pour les salarié.e.s travaillant sous alias, l'attestation de concordance pourra être remplie par l'employeur, par des élu.e.s du personnel ou des collègues de travail, par l'inspection du Travail en cas de travail dissimulé ou de constatation de la relation de travail lors de contrôles.

► La CGT revendique l'égalité de traitement entre salarié.e.s pour la délivrance du titre de séjour par le travail

L'admission au titre de séjour par le travail doit s'appliquer de manière identique aux travailleur.euse.s quel que soit leur statut (CDI, intérimaires, CDD) ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ainsi la circulaire du 28/11/2012 exige un minimum de cinq ans de présence sur le territoire pour un.e salarié.e intérimaire, contre trois pour un.e salarié.e en CDI. Les employeurs des branches de la construction-travaux publics, de la logistique et de la restauration collective font appel aux entreprises de travail temporaire pour couvrir les postes de travail les plus pénibles. C'est un moyen pour flexibiliser la main-d'œuvre dans son ensemble et se défausser de leur responsabilité dans l'utilisation de travailleur.euse.s sans titre de séjour valide.

► La CGT revendique l'égalité de traitement pour les travailleur.euse.s sous statut d'auto-entrepreneur.

Les travailleur.euse.s migrant.e.s sous statut d'auto-entrepreneur subordonné.e.s à un client unique (plateformes) ou faisant plus de 50 % de leur rémunération avec le même client doivent bénéficier des mêmes possibilités de délivrance de titre de



Cabinet d'expertise comptable et de conseil
exclusivement au service des Instances Représentatives du Personnel



Expertise et Conseil

Sur la situation économique et financière, les orientations stratégiques, et la politique sociale, les conditions de travail et l'emploi

Formation des élus

CSE et commission SSCT



Contactez-nous
05 62 24 36 45
info@alliance-irp.fr



séjour par le travail que les salarié.e.s. Car dans les faits, il s'agit de salariat déguisé, possibilité offerte aux plateformes de se dégager de l'ensemble de leurs obligations sociales.

► **La CGT revendique la prise en compte des inégalités que vivent les femmes salariées migrantes.**

Nombreuses sont les femmes salariées migrantes qui travaillent dans les secteurs de l'aide à la personne, la restauration collective, le nettoyage, l'hôtellerie-restauration, la grande distribution et qui se voient imposer un temps partiel de travail. Cette situation, qui a été partiellement prise en compte dans la circulaire du 28/12/2012 et rappelée par la FAQ et par la note des ministères de l'Intérieur et du Travail du 12/07/2012, reste cependant un frein, dans certaines préfectures, à la délivrance de titre de séjour par le travail.

En conséquence, ces femmes sont victimes de conditions de travail exténuantes, de bas salaires et de l'impossibilité de bénéficier d'une autonomie réelle par l'absence de titre de séjour.

Pour ces raisons, la CGT revendique l'égalité de traitement pour la délivrance du titre de séjour par le travail pour les femmes salariées migrantes en temps partiel.

► **La CGT revendique la délivrance d'un récépissé avec autorisation de travail lors du dépôt de dossier.**

Lors du dépôt de dossier pour l'admission au titre de séjour par le travail, le ou la travailleur.euse se verra remettre un récépissé avec autorisation de travail, valable durant la période d'examen du dossier. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, avec la délivrance de récépissé sans AT, situation qui peut durer plusieurs mois et qui fragilise le salarié dans son emploi.

► **La CGT revendique l'obligation pour les OPCO de garantir une formation Français/Langues étrangères à tou.te.s les travailleur.euse.s migrant.e.s admis.e. au titre de séjour par le travail.**

Les OPCO sont financés par les salarié.e.s et les entreprises et, à ce titre, ont vocation à permettre aux travailleur.euse.s de maîtriser la langue française. Cette question est essentielle pour que celles et ceux-ci puissent faire valoir leurs droits, lire les contrats de travail, comprendre les consignes de sécurité et permettre d'accéder ultérieurement à des formations qualifiantes. En plus des relations de travail, la maîtrise de la langue favorisera leur intégration.

► **La CGT revendique la suppression des dispositions du décret de 2021 en cas de changement d'employeur pour les travailleur.euse.s migrants disposant d'un titre de séjour « salarié.e ».**

Le décret de 2021 constitue un recul en droit constant pour des salarié.e.s migrant.e.s changeant d'employeur. Depuis cette date, le nouvel employeur doit faire une demande d'autorisation de travail. Idem pour les salarié.e.s intérimaires travaillant pour la même entreprise de travail temporaire, pour des contrats de mission dont la durée est égale ou supérieure à trois mois. Cette mesure est discriminatoire par rapport aux autres travailleur.euse.s et même aux travailleur.euse.s étranger.e.s bénéficiant d'un autre titre de séjour (Vie privée Vie Familiale, passeport talent...).

Cette mesure discriminatoire est aussi un obstacle aux renouvellements des cartes salarié.e.s. Le renouvellement, tout comme l'attribution du titre de séjour salarié, doit se faire sur la simple preuve de la relation de travail.

► **La CGT revendique le renforcement des effectifs en préfecture.**

Le manque de personnel a des traductions négatives concrètes sur le traitement des demandes d'admission au titre de séjour par le travail et sur le renouvellement des titres de séjour. Les effets pervers de cette situation sont le développement d'offices qui vendent des rendez-vous, ou la perte d'emploi faute d'avoir pu renouveler son titre de séjour en temps et en heure.

► **La CGT revendique le maintien des accueils physiques en préfecture.**

La dématérialisation est une barrière supplémentaire et discriminatoire pour les usagers, a fortiori quand ils ou elles sont étranger.e.s (rapport Défenseur des Droits).

► **La CGT revendique le droit au travail légal pour les demandeurs d'asile.**

Suppression de l'interdiction faite aux demandeurs d'asile de travailler légalement pendant la période d'instruction de leurs dossiers. Le fait de travailler est un facteur essentiel d'intégration dans notre société.

« Reconstruire ensemble une Psychiatrie humaine et vivante »

Qu'est-ce que la CNP ? La Commission Nationale de Psychiatrie de la CGT (bien antérieure à la CNP du ministère de la Santé) est composée des représentant.e.s des Commissions Régionales de Psychiatrie (anciennes régions) qui se réunissent 4 fois par an. La CNP est intégrée à la Fédération Santé et Action Sociale de la CGT. Elle débat des problématiques rencontrées dans les établissements et services de psychiatrie, met au point et médiatise les revendications CGT en matière de psychiatrie. Elle est composée de représentants régionaux qui ont pour point commun de travailler en psychiatrie, toutes professions confondues.



LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

Seul le secteur public peut être garant d'une orientation exclusivement dédiée au bien commun qu'est la santé de la population, le tout guidé par des choix démocratiquement définis au sein des instances de chaque établissement.

La CNP s'oppose au développement de projets privés qui n'ont d'autre but que de faire des bénéfices sur le dos de la solidarité nationale et sur la santé de nos concitoyen.ne.s en contribuant à la mise en place d'une médecine à deux vitesses.

LE FINANCEMENT

La CGT s'oppose à la vision libérale de l'hôpital-entreprise. La psychiatrie, comme la santé, ne peuvent être considérées comme un marché ni les patient.e.s comme des « objets » de soins ! L'organisation de nos structures ne peut avoir pour seul objectif de les rendre « rentables ». Sur les dix dernières années, le financement de la psychiatrie publique a évolué deux fois moins vite que l'ONDAM hospitalier global et 4 fois moins vite que celui des établissements privés lucratifs.

LE PERSONNEL

Les soignant.e.s sont de moins en moins nombreux dans les services de soins, tant pour les adultes que pour les enfants, en hospitalisation ou en ambulatoire. En témoignent les fermetures d'unités faute d'effectifs suffisants qui se sont largement généralisées à l'été 2022 sur tout le territoire ainsi que les temps d'attente en ambulatoire. Faute d'attractivité, médecins, paramédicaux et psychologues délaissent la psychiatrie publique ; ceux qui restent se voient fréquemment contraints de quitter leur poste pour remplacer les personnels manquants dans les autres unités, au détriment de la continuité des soins. La psychiatrie est en crise

permanente et dans l'incapacité de répondre aux besoins de la population.

LE SOIN EN PSYCHIATRIE

On assiste à une rationalisation du soin, des actes de soins, l'individu souffrant se voit réduit à sa dimension cérébrale, les soignant.e.s n'ont plus le temps de prendre en compte son histoire, sa dimension affective, relationnelle, tout ce qui fait de lui un être singulier.

On voit apparaître un nouveau langage, celui de l'entreprise, qui vient peu à peu remplacer le langage soignant. On parle de « management » et non plus d'encadrement, on parle de patient « traceur », d'«harmonisation» des pratiques, pour ne pas dire standardisation. Il s'agit de *tayloriser* les prises en charge, de privilégier les thérapies brèves, les molécules chimiques, de rééduquer, de faire rentrer le patient dans les cases préétablies de la politique sanitaire.

La CNP CGT combat les politiques de soins exclusives, imposées par le ministère, ses ARS, et soutenues par la HAS. Ces injonctions sont incohérentes et incompatibles avec la clinique et la temporalité du soin.

Les soins en psychiatrie nécessitent **une continuité de la relation entre patient.e et soignant.e**. La psychiatrie, c'est d'abord de l'humain au service de l'humain.

A ce titre, nous condamnons l'interchangeabilité des soignant.e.s. De plus, la multiplication d'intervenants privés (coûteux et mal coordonnés) ne remplacera pas le savoir-faire des équipes pluridisciplinaires.

Nous refusons le **morcellement des soins** en plateformes dites « spécialisées » sur des symptômes (TND, bipolaires, ...) dans le « parcours du patient » qui font courir les patient.e.s d'un

dispositif à l'autre, d'un.e soignant.e à un.e autre. Ces plateformes sont la plupart du temps centrées sur le diagnostic, reléguant le soin aux dispositifs classiques. Elles sont en outre sous-dotées, ne pouvant desservir que les grandes agglomérations.

La psychiatrie française pratique l'alternative à l'hospitalisation et « l'aller vers » depuis les années soixante. C'est l'essence même du secteur de psychiatrie quand il a les moyens d'assurer ses missions.

Face à l'extension du « mode dégradé », les soignant.e.s se plaignent à juste titre de perte de sens de leur travail. Le travail administratif (traçabilité, comptabilisation des actes, loi isolement contention...) devient de plus en plus envahissant au détriment du soin.

FORMATIONS

Depuis plusieurs décennies, les formations en psychiatrie régressent dans leur contenu et leur durée pour tou.te.s les professionnel.le.s.

La disparition en 1992 du diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique a divisé par dix les apports concernant la psychiatrie. Pour rappel :

- **ISP 1979 : 800 heures de psychiatrie santé mentale, stage en psychiatrie 1 040 heures.**
- **IDE depuis 2009 : 80 heures de psychiatrie santé mentale, stage en psychiatrie 175 heures.**

Les établissements de psychiatrie se voient désormais contraints d'étoffer la formation initiale des infirmiers par des formations complémentaires en psychiatrie, financées par la formation continue.

La formation initiale des psychiatres privilégie la technicité somatique, la médication et les symptômes et consacre la mainmise des Hôpitaux Universitaires sur les stages d'internat au détriment des hôpitaux psychiatriques.

NON AU TOURNANT SÉCURITAIRE

La psychiatrie reprend le chemin régressif de l'asile. La multiplication des murs, des caméras, des vigiles, des USIP, des UHSA et des UMD (officiellement 10 à ce jour, contre 4 il y a 20 ans) témoignent de ce virage répressif, à contre-courant d'un hôpital ouvert, accueillant, protecteur et sécurisant. L'hôpital psychiatrique se retrouve coincé entre les demandes sécuritaires (interner les patient.e.s « dangereux », très médiatisés) et les injonctions aux droits des patient.e.s (limiter contentions et isolements). Faute de personnels en nombre et suffisamment formés pour soigner correctement, les passages à l'acte se multiplient dans nos établissements.

La CNP exige une réelle politique de **prévention** et de soins et refuse que la psychiatrie soit organisée en réaction aux faits divers.

UN PLAN D'ACTION NATIONAL POUR LA PSYCHIATRIE :

Face à tous ces constats, nous exigeons que soit démocratiquement débattue une loi d'orientation sur la psychiatrie avec les moyens nécessaires pour la faire appliquer.

► **La CNP revendique** des structures de soins psychiatriques de proximité, en lien avec les services sociaux, somatiques et autres proches du domicile du patient, quelle que soit sa pathologie. Elles doivent permettre de répondre sans délai d'attente aux besoins spécifiques de la population et d'assurer leurs missions de prévention et de suivi.

► **La CNP revendique :**

► **Pour la psychiatrie adulte :** au moins un CMP, un CATT, un hôpital de jour et 70 lits d'hospitalisation complète pour 70 000 habitants. Chaque structure se compose d'une équipe pluridisciplinaire dédiée et stable: Infirmiers, psychiatres, psychologues, cadres de santé de proximité, assistantes sociales, secrétaires, ASH. Selon la spécificité

de la structure l'équipe est complétée par : des aides-soignant.e.s, des travailleurs sociaux, des rééducateurs et autres professionnel.le.s. Chaque unité d'hospitalisation doit compter au moins un infirmier en poste pour 4 lits dédiés à l'accueil de patient.e.s.

► **Pour la pédopsychiatrie :** au moins 3 CMP, 2 CATT, 2 hôpitaux de jour et 2 unités de 10 lits d'hospitalisation complète pour 200 000 habitants. Chaque structure se compose d'une équipe pluridisciplinaire : Infirmiers, pédopsychiatres, psychologues, cadres de santé de proximité, assistantes sociales, secrétaires, ASH, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs, un professeur des écoles. Selon la spécificité de la structure l'équipe est complétée par : des aides-soignant.e.s et autres professionnel.le.s.

➤ La CNP revendique :

▶ **pour les infirmiers** une formation initiale préparant correctement à la pratique de la psychiatrie, ce qui requiert des savoir-faire et des connaissances spécifiques. Il en va de même pour les aides-soignant.e.s. Il est également indispensable que l'ensemble des agents (administratifs, techniques, socio-éducatifs, ASH, rééducateurs...) bénéficient d'une formation spécifique et adaptée à leur travail en psychiatrie. Ils forment un maillage institutionnel essentiel autour des patient.e.s.

▶ **pour les psychiatres**, une formation initiale humaniste, intégrant la psychopathologie clinique, les sciences humaines et l'histoire de la psychiatrie. Les stages des internes doivent être répartis sur tout le territoire.

▶ **pour les psychologues**, une formation initiale se composant d'un doctorat professionnel, permettant un apprentissage dans un cadre institutionnel. Ceci repositionnerait la profession à son niveau initial (3^{ème} cycle). Les trois dernières années devront se dérouler en qualité de salariés, sur le modèle de l'internat rémunéré et du doctorat d'exercice ou professionnel. La formation initiale doit enseigner le statut, les conditions d'exercice et le code de déontologie, et informer sur les institutions d'exercice (santé, social, justice...) et leur réglementation.

➤ **La CNP exige** la stabilité des équipes pluridisciplinaires au lieu de professionnel.le.s contractuels ou libéraux à la merci de financements précaires ; la CNP revendique la nécessité d'**espaces de pensée**, afin de pouvoir élaborer de véritables projets de soins individualisés pour chaque patient : temps de parole, réunions cliniques, synthèses, réflexion clinique, analyse de pratique, supervision...

➤ **La CNP revendique** le respect de la pluralité des approches cliniques, la revalorisation des soins à visée psychothérapeutique, quelle que soit leur orientation (psychodynamique, systémique, psychothérapie institutionnelle, hypnose, cognitive ...). Les soins à médiation thérapeutique et culturelle doivent également être revalorisés dans leur dimension

**"On juge
du degré
de civilisation
d'une société
à la façon dont
elle traite ses
fous."**

Louis Bonnafé

➤ **La CNP revendique** l'arrêt de l'externalisation des fonctions support et la reconnaissance du rôle primordial des personnels techniques et administratifs dans nos établissements. Ces équipes doivent être renforcées car ces agents hospitaliers développent des savoirs adaptés aux particularités des patient.e.s accueilli.e.s en psychiatrie.

➤ La CNP exige

▶ **Un budget global par établissement, selon la démographie locale de la population, indépendant des actes et de la file active. Ce financement doit être pérenne, à la hauteur des besoins réels et, ne doit pas servir de variable d'ajustement aux autres budgets de la santé.**

▶ **L'abrogation du décret 2021-1255 du 29 septembre relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie.**

▶ **L'arrêt de la politique d'appels à projets et de missions qui met en concurrence les établissements et les services, qui morcelle et précarise les soins.**

▶ **La compensation du sous-financement historique de la psychiatrie publique, une remise à niveau à hauteur de 12% qui doit permettre la réouverture de lits et la création de postes, partout où cela est nécessaire.**



LA CNP EXIGE UN GRAND SERVICE PUBLIC DE PSYCHIATRIE AVEC :

- ▶ la réouverture de lits et la création de lits et places partout où cela est nécessaire
- ▶ la nationalisation des établissements de psychiatrie relevant du privé lucratif au profit d'une grande Sécurité Sociale où chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.
- ▶ une véritable démocratie hospitalière définie par les acteurs de terrain et par les instances représentatives du personnel qui doivent retrouver un pouvoir décisionnel.

Pour restaurer l'attractivité, et l'engagement dans le service public, la CGT revendique et exige :

- ➔ **1,5% d'embauches dans le secteur public immédiatement un point d'indice à 6 €**
- ➔ **La diminution du temps de travail à 32 heures hebdomadaires**
- ➔ **Le respect de la réglementation : l'embauche de tous les agents dans le cadre du statut de la FPH.**

Résister contre la destruction de la psychiatrie, un combat sans fin...

Rencontre avec Nicolas, membre du bureau du syndicat CGT du Centre hospitalier de Mont-de-Marsan dans les Landes.

De la naissance de l'hôpital psychiatrique Saint Anne, en passant par la mise en œuvre de la psychiatrie de secteur, puis de l'effacement de la spécificité de la psychiatrie dans les hôpitaux de soins généraux, à la diminution des moyens alloués et à la dégradation des conditions de travail et des soins, il nous décrit à travers l'histoire de son hôpital, le schéma de destruction volontairement organisé par les politiques de santé publique de l'ensemble des Centres hospitaliers de psychiatrie en France.

DEPARTEMENT DES LANDES
MAISON DE SANTÉ DE MONT-DE-MARSAN



1912 : Naissance de L'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne de Mont-de-Marsan

« La loi de 1838 fait obligation aux départements de prendre en charge leurs aliénés. Jusqu'en 1911, les aliénés landais sont accueillis, moyennant finances, à Pau et à Auch. A l'ouverture, l'établissement, surdimensionné comporte 550 places. Après négociations avec le préfet de la Seine, le célèbre Poubelle, ce département envoie dans les Landes près de 300 malades. » (Alain Lafourcade, historien montois).

Au tout départ, ce sont des religieuses qui assuraient les prises en charge. Puis elles sont remplacées par un médecin unique, secondé par des gardiens. L'asile avait son étable, sa porcherie, ses productions agricoles. Il pouvait vivre en autarcie. C'était comme un village dans la ville.

En décembre 1940, les troupes allemandes investissent les lieux en laissant 48 heures à ses occupants pour les quitter. La conséquence sera terrible. La plupart des malades laisseront leur vie dans cet exode forcé.

Les premières thérapies à partir des années vingt (hydrothérapie, électrochocs) ont laissé place aux traitements chimio dans les années cinquante. La camisole en tissu devient camisole chimique. Parallèlement, les gardien.ne.s sont devenu.e.s des soignant.e.s, avec la première formation d'infirmier psychiatrique en 1955.

L'organisation du secteur

A l'approche de l'an 2000, les tractations entre les directions du Centre Hospitalier Spécialisé Sainte-Anne et l'hôpital général Layné s'accroissent.

Jusqu'à la fusion, le CHS comportait 244 lits pour 18 psychiatres et 6 médecins assistants généralistes. 4 cadres supérieurs, 18 cadres, 226 infirmiers, 72 aides-soignant.e.s et 31 ASH étaient répartis sur 9 unités d'hospitalisation, 10 hôpitaux de jour, 1 unité psy de liaison sur l'hôpital général, 1 accueil ado, 3 hôpitaux de jour infanto-juvéniles et 4 CMP enfants.

Les unités d'hospitalisation étaient réparties par secteur géographique. Ainsi, le patient hospitalisé continuait la prise en charge dont il bénéficiait en extra avec le même psychiatre.

Les 18 infirmiers du CATTP situé en intra proposaient un éventail d'une quinzaine d'activités pour les patient.e.s de l'intra et de l'extrahospitalier.

Un cadre de garde (issu de la psychiatrie) était présent 24h/24, 7 jours sur 7, de jour comme de nuit. Il gérait les admissions, l'absentéisme, et coordonnait les demandes de renforts.

Les amplitudes horaires étaient de 8 heures et permettaient des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires. Le self du personnel était ouvert le midi et le soir, 7 jours sur 7.

Dans le cadre des rencontres sportives du CGOS, des congés exceptionnels étaient accordés aux agents de l'établissement qui « mouillaient le maillot » !

Un pool d'infirmiers contractuels permettait aux jeunes recrues de passer de service en service pour combler l'absentéisme de courte durée et les congés maternité.

Au bout de quelques mois, ces collègues étaient affectés, doublés pendant plusieurs jours. La stagiairisation était prononcée au bout d'un an et demi en moyenne.

L'accord local des 35 heures permettait de bénéficier en moyenne de 24 jours au titre de la Réduction du Temps de Travail.

La fusion et ses conséquences

La fusion administrative se concrétise, favorisée par les ordonnances de 1996 du plan Juppé qui visent à réduire les moyens des hopitaux.

Le syndicat CGT de l'hôpital psychiatrique n'était pas opposé à la recherche de complémentarité dans l'intérêt des patient.e.s, mais refusait toute fusion administrative des 2 structures. L'intérêt pour le personnel était plus qu'improbable. Le secteur de gériatrie de l'hôpital général était en proie au manque de personnel. Le siphonnage, notamment des contractuel.le.s, était craint. A cette époque, le syndicat dénonçait déjà que *« pour dégager de l'argent, il faut faire des économies sur le personnel »*. Des incidences étaient à craindre sur les déroulements de carrières. Mais ce qui inquiétait le plus la CGT, c'était le devenir de la spécificité de la psychiatrie, au regard des décisions successives prises sur les diplômes des spécialités médicales et paramédicales dans ce domaine.

**« La spécificité de la psychiatrie se fonde sur la relation humaine et c'est ça qui doit disparaître dans la logique financière »
écrivait les Camarades de l'époque.**

La fusion sera effective malgré un mouvement de grève initié par les deux syndicats CGT, ainsi que l'USD Santé Landes. Les craintes de la CGT allaient trouver leur confirmation dans les années à venir.

En 2011, l'hôpital célèbre les 100 ans de la psychiatrie montoise, alors que la nécessité d'accentuer les luttes syndicales s'impose. La CGT menait alors des actions pour dénoncer les sous-effectifs, le manque de formation initiale dans les instituts de formation, un déficit d'une douzaine d'infirmiers. Après incursion dans les instances, la direction embauchait des intérimaires et des retraité.e.s, une mesure jusqu'alors estivale.

L'action syndicale a également permis de mettre en place quelques allocations étudiant.e.s pour les fidéliser sur la psychiatrie. La mobilisation permet d'assouplir la règle des "1 000 jours avant d'être stagiairisé" qui s'était insidieusement instaurée.

La CGT gagne contre la stratégie comptable, et

arrache le gain de jours fériés supplémentaires pour certains agents.

Par le biais des CHSCT, la CGT impose des enquêtes CHSCT suite à des agressions, ou incidents graves. C'est aussi par cette instance que la CGT finit par enterrer le planning Paquebot qui permet de moduler les effectifs selon l'absentéisme et la charge de travail.

Depuis 15 ans, les attaques subies par le personnel sont les mêmes que dans tous les établissements hospitaliers. En 2011, à l'initiative de la CGT, le personnel envahit le CTE, contre la diminution des jours de RTT, en vain.

Dans cette période, 3 pavillons sont reconstruits pour faire émerger un pavillon d'admission fermé, une unité d'hospitalisation pour adolescent.e.s et une partie sécurisée pour les détenu.e.s atteint.e.s de troubles psychiatriques du nouveau Centre Pénitentiaire de Mont-de-Marsan.

Divers droits d'alerte sont exercés pour dénoncer sous effectifs, pressions, harcèlements, menaces de sanctions et les mises en danger du personnel sur agressions ou évactions de détenu.e.s. Nous gagnons que les blouses soient anonymisées pour garantir davantage de sécurité pour les professionnel.le.s au contact des détenu.e.s hospitalisé.e.s.

La réduction de personnel s'opère. Les absences longues sont de moins en moins remplacées. Des postes d'infirmier de nuit sont remplacés par des aides-soignant.e.s, puis chaque service finit par perdre 1 à 2 infirmiers par jour.

La stratégie est toujours la même. On laisse perdurer le sous-effectif jusqu'à ce que le personnel se résigne de ne pas revenir à la normale. Les nouveaux agents ne sont plus doublés. D'ailleurs dans les CHSCT, la Direction parle plus facilement d'ONDAM que d'amélioration des conditions de travail !

Puis le poste de cadre de garde disparaît. Nous n'avons plus un responsable qui assure la coordination des soins 24h/24. Les astreintes faites par les cadres le week-end ne rétablissent pas le manque de proximité et les noient au domicile sous diverses charges administratives, et encore plus depuis la loi isolement/contention.

Nous gagnons la fourniture de téléphones portables pour l'extrahospitalier suite à un tir de carabine sur la voiture d'un infirmier d'un hôpital de jour.

A plusieurs reprises, l'équipe CGT obtient des réunions pluridisciplinaires avec la préfecture, l'ARS, l'inspection du travail, les forces de police et les représentants de la pénitentiaires pour pointer les dangers pour les professionnel.le.s de psychiatrie.