

# PERSPECTIVES

SANTÉ | ACTION | SOCIALE

# CGT



➤ **Grèves et mobilisations :  
La colère grandit !**

# « En quête de vie ? »

Avec le programme Branchez-vous santé, réalisez votre bilan de prévention individuelle « En quête de vie » en ligne, pour vous aider à rester en bonne santé.

Connectez-vous :



**branchez-vous  
santé**



**AG2R LA MONDIALE**  
Prendre la main  
sur demain



# ÉDITO



**Mireille STIVALA**

Secrétaire Générale de la Fédération Santé et Action Sociale

**C**ette nouvelle année s'ouvre alors qu'une nouvelle fois la crise de la COVID menace notre vie quotidienne et restreint nos libertés.

Depuis le début de cette pandémie, nous subissons chaque jour les contraintes gouvernementales décidées de manière autoritaire par un président de la République plus enclin à chercher à se faire réélire qu'à vouloir réellement trouver les solutions qui permettraient d'augmenter l'offre de soins.

Il est plus que temps que cela cesse, il faut urgemment remettre les questions de soin et d'accompagnement social au cœur des débats, mener une véritable réflexion pour que les structures et établissements de demain redeviennent ce lieu d'accueil où tout le monde doit pouvoir venir se faire soigner. Pour cela il faut former et embaucher dès aujourd'hui 100 000 agents dans les hôpitaux, 200 000 dans les EPHAD, foyers, 100 000 dans les structures médico-sociales.

C'est un véritable plan de refondation qu'il faut mettre en œuvre pour réussir à recréer les conditions optimales de prise en charge de la population. Ambroise CROIZAT lançait comme leitmotiv « *On cotise selon ses moyens, on reçoit selon ses besoins* », alors, partout, défendons la Sécurité Sociale !

Cette année 2022 verra se dérouler notre congrès fédéral, du 28 mars au 1<sup>er</sup> avril, il sera l'occasion de faire le bilan de ce mandat, mais également d'élire une nouvelle direction fédérale et de tracer les perspectives des années à venir en votant un document d'orientation qui fixera pour 3 ans les rails du mandat suivant. Engageons-nous dans la construction de notre 13<sup>ème</sup> congrès qui se déroulera en mars, pour en faire le tremplin de la victoire de la CGT aux élections professionnelles du 8 décembre 2022.

La fédération devra sortir grandie du palais des congrès de Saint-Malo, prête à affronter les combats à venir : défendre nos retraites, gagner la bataille des salaires, lutter pour la reconquête de la Sécurité Sociale, exiger la réouverture des lits fermés, embaucher et former les personnels à la hauteur des besoins de la population.

*Tous mes vœux pour cette nouvelle année, qu'elle soit riche de succès revendicatifs, témoin d'un syndicalisme audacieux et de luttes victorieuses !*



4-5 | **Actualité UFAS**

6-11 | **Actualité UFMICT**

12-14 | **Actualité UFR**

Publication de la Fédération de la santé et de l'action sociale  
Commission paritaire n° 0223 S 06676

ISSN : 0299-0369

Tirage : 70 000 exemplaires

Directrice de la publication :

Mireille STIVALA

Rédactrice en chef :

Amélie VASSIVIÈRE

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



## Négociation mission Laforcade Action Sociale

À la suite du Séjour de la santé, tout le périmètre de l'action sociale qui en était exclu a vu la création d'une mission gouvernementale sous la houlette de M. Laforcade, missionnée pour donner suite à l'accord Séjour du 13 juillet 2020 et pour examiner la situation de l'ensemble des salarié.e.s du secteur. Point d'orgue de cette mission : rendre plus attractifs les métiers de l'autonomie. Plusieurs rencontres ont eu lieu par visioconférence entre les organisations syndicales, patronales et M. Laforcade.

Le 18 janvier, seuls les personnels des établissements médico-sociaux, toutes filières confondues, rattachés à un Établissement Public de Santé bénéficieraient de l'extension du Complément de Traitement Indiciaire dans la FPH, sans que cela ne puisse s'appliquer avant janvier 2022 au plus tôt. Selon les représentants de la mission, aucune rectification de la Loi de Finance de la Sécurité Sociale n'étant prévue en 2021, cela justifie pour eux une incapacité juridique à octroyer ces financements. Quel que soit le secteur, seuls les établissements financés par l'ONDAM pourraient bénéficier d'une éventuelle extension du CTI.

A ce moment ne sont pas pris en compte les établissements autonomes de la FPH, ainsi que l'associatif privé non lucratif et le périmètre du secteur social, qui ne sont pas considérés comme « en tension » par le gouvernement.

Le 26 janvier, le Complément de Traitement Indiciaire est étendu à l'ensemble des professionnel.le.s des établissements médico-sociaux de la Fonction Publique Hospitalière, à condition qu'ils.elles soient rattaché.e.s à un établissement public de santé.

Le premier versement se fera à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021, soit sous la forme d'une prime qui sera prise en compte pour le calcul des droits à la retraite par rétroactivité en 2022.

Les négociateurs se sont insurgés contre l'exclusion des établissements autonomes de la FPH non rattachés à un EPS, comme certaines IME, la protection de l'enfance et de l'action sociale en général.



© François Destoc / Le Télégramme

La question des SSIAD n'est pas traitée dans ce groupe, elle est remise à plus tard.

Ces avancées sont les résultats des mobilisations qui ont eu lieu pendant la période. Malgré notre acharnement à demander l'effet rétroactif depuis le 1<sup>er</sup> septembre, le gouvernement, par la voie de la mission Laforcade, se refuse à l'accorder.

Pour les agents de la Fonction Publique Hospitalière exerçant dans des établissements autonomes et de l'associatif, le gouvernement estime que cela nécessite « des investigations et un temps d'analyse complémentaires ».

Proposition totalement incompréhensible, car lors de la précédente réunion, suite à notre exigence d'un engagement ferme pour l'obtention du CTI dans ces établissements, M. Laforcade a fait une ouverture sur le sujet avec proposition d'une autre réunion spécifique sur l'extension du périmètre du CTI pour les agents des établissements autonomes de la FPH, afin de les intégrer par le biais d'une prime ou d'une indemnité transitoire, et pour l'associatif, sous conditions de rapprochement des branches vers une CCU.

La CGT a été surprise de ne pas retrouver dans le document remis l'engagement annoncé par M. Laforcade. Quelle crédibilité accorder à la parole et aux engagements tenus par la mission, si cela change entre deux réunions ?

➔ **La CGT continuera à exiger un engagement clair et ferme pour que tou.te.s les professionnel.le.s de la Fonction Publique Hospitalière et salarié.e.s du privé associatif bénéficient du CTI, il en va de la défense du statut et du respect du principe d'égalité de traitement pour toutes et tous.**

Le 3 mars 2021, M. Laforcade, porteur des propositions du ministère, écarte d'emblée les établissements de la protection de l'enfance et indique que le CTI pourrait être étendu uniquement aux personnels « soignants » des établissements relevant du champ du handicap et de l'addictologie.



© Fabrizio Tommasini

Seraient considérés comme « soignants » tous les paramédicaux. Aucun argument ne vient appuyer cette proposition inadmissible.

➔ **A l'opposé, la CGT a défendu l'unité du statut de la FPH : tous les personnels sous statut de la fonction publique Hospitalière doivent toucher le CTI sans distinction de grade ou de métiers.**

Ils agissent tous au service de la population accueillie dans ces structures : métiers du soin, de l'éducatif, personnel administratif et technique. Toutes les organisations présentes ont porté cette même exigence, y compris la Fédération Hospitalière de France. Revendication transposée également pour le secteur privé associatif, aucune division des salarié.e.s n'est envisageable pour la CGT.

Toutes les OS ont demandé à M. Laforcade de retourner vers le donneur d'ordre public pour que l'ensemble des professionnel.le.s des structures autonomes et associatives touche le CTI.

Devant l'insistance de tous il a donc pris cet engagement, mais la réponse apportée fut un Non catégorique.

La réponse apportée par la mission Laforcade n'a fait que confirmer ce clivage entre agents de la fonction publique hospitalière et salarié.e.s du privé associatif, en accentuant le fait que seule une conférence salariale (ou des métiers) sera prévue au second semestre 2021, et uniquement pour les professionnel.le.s de l'éducatif sera mis en place mais pas forcément sur la base des 183€, restent exclus les agents administratifs et techniques.

Les annonces de M. Castex ont confirmé cette intention, mais sans donner plus de clarté sur les contours de cette nouvelle mission pilotée par

M. Piveteau. Seule avancée : le paiement au 1<sup>er</sup> octobre pour les agents publics et au 1<sup>er</sup> novembre 2021 pour les salarié.e.s du privé associatif concerné.e.s et mentionné.e.s dans le protocole d'accord de méthode Laforcade (à savoir : aide-soignant, infirmière, cadre infirmier, masseur kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, audioprothésiste, psychomotricien, auxiliaire de puériculture, diététicien, aide-médico-psychologique, auxiliaires de vie sociale, accompagnant éducatif et social).

**Pour synthétiser, seuls les agent.e.s de l'action sociale publique rattaché.e.s à un établissement de santé ou à un EHPAD ont une prime de 183 € depuis juillet 2021, ainsi que les professions paramédicales, plus les AMP dans les établissements autonomes en octobre 2021 pour le public, en novembre 2021 pour les salarié.e.s du privé associatif ; à ce jour, aucun.e agent.e ou salarié.e n'a reçu les 183 € sur son salaire, peut-être un manque de financement de la part des ARS, et surtout non prévu dans le PLFSS 2021...**

➔ **Les agent.e.s public.que.s des établissements autonomes étant trop proches de leurs homologues du privé associatif et bien plus nombreux en terme de professionnel.le.s concerné.e.s, elles et ils restent sacrifié.e.s sur l'autel du libéralisme pour laisser tout le champ libre à la mise en place d'une convention collective de bas niveau pour le périmètre de l'associatif non lucratif.**



## Psychiatrie : la grande involution

**Depuis les années 80, le tournant néo-libéral impose à la santé publique et à la psychiatrie sa logique et sa cohérence : centralisation autoritaire, réduction des coûts et surtout des hospitalisations, évaluation et orientation pour faire le tri, « rationalisation » bureaucratique, (ré)éducation plutôt que psychothérapie. Au détriment des fondements de la relation humaine : l'écoute, le temps, la créativité, le sens du travail humain.**

L'après-guerre (1945) fut l'occasion de grandes avancées sociales en psychiatrie, conjointement à la découverte des neuroleptiques (1952). La mise en place de la Sécurité Sociale pour tous instaure une solidarité nationale suivant le principe « *chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* ». Au début des années 60, l'hôpital psychiatrique cesse d'être un lieu de ségrégation pour devenir un véritable lieu de soins suivant la politique du secteur : chaque secteur géographique doit disposer d'un CMP<sup>1</sup> généraliste (porte d'entrée de tous les soins, qui accueille tou·te·s les patient·e·s de manière à garder le lien entre le patient, ses proches, son lieu de vie et son environnement social et professionnel) et d'unités d'hospitalisation d'entrée et de soins plus longs.

Au tournant des années 80, le néo-libéralisme s'impose en France. Il faut s'aligner sur la mondialisation et donc, réduire tous les « coûts » sociaux (cotisations sociales : retraite, maladie, chômage, allocations familiales) afin d'être le plus concurrentiel et « compétitif » possible. Contrairement au libéralisme classique, les services publics doivent eux aussi entrer dans une logique de marché ; une part sans cesse croissante est privatisée. Dans le même temps, l'Etat doit se mettre au service du marché et non de ses citoyens ; il doit se défaire de son patrimoine, réduire les impôts et donc sa marge de manœuvre pour l'intérêt public. Et pourtant, l'argent existe comme en témoignent l'envol des salaires des hauts dirigeants économiques, les bénéfices des GAFAM, les paradis fiscaux et l'accroissement des inégalités au niveau mondial, en toute logique, puisqu'il convient de privilégier les experts et les hommes d'affaires. Le malade mental devient un « handicapé » qui doit être aidé, « inclus », pour entrer dans la compétition avec les valides. La psychiatrie, déjà parent pauvre de la médecine, en subit les conséquences : c'est la grande involution qui se poursuit depuis quatre décennies, suivant une logique qui ne manque certes pas de cohérence.

### L'Etat centralise autoritairement

C'est le règne de la « gouvernance », terme repris de l'Ancien Régime, autoritaire par excellence, et du monde de l'entreprise privée, gérée par les actionnaires et la direction, bien loin d'une démocratie sanitaire au service de la population. Seuls, les « experts » deviennent compétents et communiquent leurs directives.

L'Etat reprend le contrôle de la Sécurité Sociale, initialement paritaire, gérée par des représentants des salarié·e·s et des employeurs ; c'est par le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) que le gouvernement fixe maintenant lui-même les règles de financement. La contribution des revenus du travail monte en flèche, cependant que celle du capital baisse, aggravant sans cesse le déficit ainsi construit. Les exonérations de cotisations sociales pour les petits salaires, très partiellement compensées par l'Etat, compriment encore le budget.

Les DASS (Directions des Affaires Sanitaires et Sociales) trop autonomes disparaissent au profit de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation), puis des ARS (Agences Régionales de Santé en 2010) qui regroupent sous leur autorité tous les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la Région. Le gouvernement décide de la politique de santé et transmet ses directives aux ARS qui les relaient aux directions d'établissement.

A compter de 2016, afin de faire des économies d'échelle, la loi, dite TOURAINE, de « modernisation du système de santé » entend regrouper les hôpitaux par l'entremise des GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire) qui éloignent encore les décisions du terrain. Les Régions elles aussi se regroupent : de 27, elles passent à 18. Au passage, les représentants des salarié·e·s, dont l'avis est toujours requis dans les hôpitaux, ne sont plus qu'« informés » dans les GHT ; il ne faut pas faire confiance au peuple, incompetent. Dès 2023, la fusion des CTE (Comités Techniques d'Etablissement) et des CHSCT (Comités d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail), alignée sur le secteur privé, privera encore plus les salarié·e·s de leur droit d'expression.

1. Centre médico-psychologique.

La mise en place de l'EPRD<sup>2</sup> (budget prévisionnel) en 2005 concrétise un changement majeur. La direction des hôpitaux quitte les mains des médecins pour être confiée à des gestionnaires administratifs, qui peuvent être issus du monde de l'entreprise privée. Le rôle des CME (Commissions Médicales d'Etablissement) se voit réduit à la portion congrue : entériner les directives de l'ARS via la direction de l'établissement. Les ARS répartissent les budgets par leurs propres canaux. Le FIR (Fonds d'Intervention Régional) finance des projets cliniques spécifiques définis en haut lieu (équipes mobiles, réseaux spécifiques, ...); le jeu consiste maintenant à répondre le plus rapidement possible aux appels à projets, afin d'équilibrer les budgets hospitaliers. Pour maintenir les hôpitaux sous pression, ils sont soumis depuis 1999 à une procédure d'accréditation, devenue depuis certification : tous les 4 à 6 ans, l'établissement reçoit des « visiteurs » qui évaluent la « qualité » suivant les normes de la HAS (Haute Autorité de Santé), théoriquement indépendante, qui fixe les protocoles à respecter. Cette évaluation impacte directement le budget de l'établissement.

A compter de 2007, les « services » disparaissent au profit des « pôles » : c'est la glaciation polaire. Là encore, il s'agit de produire des économies d'échelle en regroupant des structures, parfois très disparates, à nouveau centralisées, éloignant toujours plus la chefferie de pôle du terrain, tout en la rapprochant d'une direction de plus en plus gestionnaire. Pour rétablir une illusion de démocratie, des « groupes de travail » sont mis en place, sur des thématiques prédéfinies en haut lieu, dont les membres sont en fait cooptés par l'encadrement supérieur, mais non représentatifs, ni mandatés, ni élus par les professionnels de terrain.

Pour couronner le tout, les soignant-e-s sont désormais soumis à l'« évaluation », qui mesurera leur engagement individuel, et dont le résultat pourra impacter leur rémunération. Sur le modèle de l'entreprise lucrative privée, ils doivent décliner leurs objectifs et rendre compte de leur réalisation au terme de l'année, moyen de pression supplémentaire pour obtenir leur docilité, surtout si leur statut est précaire.

2. Etat prévisionnel des recettes et des dépenses.

3. Accord du nom de la rue du ministère de la santé signé par CFDT, FO et UNSA.

4. "L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie". Recherche qualitative appliquée au domaine des soins infirmiers en psychiatrie. GRSI, 2014, non publié. 426 pages.

Tout récemment encore, la mise en place du Ségur<sup>3</sup> montre comment notre gouvernement sait manier l'adage : « diviser pour mieux régner ». Il octroie une « prime » sous forme de Complément de Traitement Indiciaire au personnel du sanitaire, mais pas de suite au médico-social. Il revalorise les paramédicaux, mais pas les administratifs, ouvriers, travailleurs sociaux et psychologues.

### Réduire les coûts à tout prix

Puisque la santé publique est devenue un produit comme les autres, une « charge » financière et non plus un service, il convient désormais d'en réduire le « coût » à tout prix. En termes de marché, il s'agit de réduire l'offre (publique) de soins pour comprimer la demande (des usagers). A cet effet, il suffit déjà de diminuer les effectifs médicaux ; faute de médecins, de nombreuses unités ferment. Mais ce mécanisme produit inévitablement ses effets induits car la demande de soins ne baisse pas : pour ceux qui peuvent payer, elle se déporte en partie sur le privé et le libéral, avec ses dépassements d'honoraires et frais d'hospitalisation supplémentaires. C'est le règne de la médecine à deux vitesses.

Puisque prime la gestion comptable des soins, il faut objectiver des soins pourtant hautement subjectifs et les quantifier en les comptabilisant. En psychiatrie, bien que tout l'extra-hospitalier soit déjà comptabilisé en actes (entretiens, démarches, groupes thérapeutiques, accompagnements, réunions) et en file active, mais sans incidence financière, cela s'applique d'abord à l'addictologie, mais la dernière réforme l'appliquera pour l'ambulatoire. La comptabilisation des actes permet de placer les praticien-ne-s sous la pression du rendement quantitatif, immédiat, à court terme, tout en les mettant en concurrence entre eux. En outre, *le travail informel des soignant-e-s ne rentre pas* dans la grille : réunions cliniques, relèves, contacts avec des partenaires, reprises d'activité ou supervisions, ... Et pourtant, des infirmiers-chercheurs, à Lyon, Jean-Paul LANQUETIN et Sophie TUCHKRIEL<sup>4</sup>, ont scientifiquement mis en évidence les fonctions spécifiques du travail informel en psychiatrie, qui pourraient servir de base à une réelle pratique avancée.

Le financement des hôpitaux généraux va ainsi évoluer en 2007 du forfait global à la T2A (Tarification A l'Activité). L'hôpital n'est plus financé pour son offre de soins, mais en fonction du nombre quantifié de ses « actes » (prestations) dont le coût, préfixé en haut lieu, est progressivement réduit.

### Réduire toujours plus les hospitalisations

Tel est devenu le maître-mot, le suprême « élément de langage » : il faut réduire les hospitalisations. L'hôpital a perdu sa mission première, soigner. Dès l'arrivée du patient, sous le prétexte d'éviter la chronicisation, il faut mettre en forme son « projet » de sortie, car une journée d'hospitalisation est trop onéreuse. De lieu de soins, l'hôpital est devenu un lieu de crise avec une durée moyenne de séjour de 15 jours.

C'est une véritable pandémie de fermeture de lits : 69.000 lits ont été fermés en 15 ans, dont 17.500 depuis 2013 (dont 13.681 dans le public). Les patient·e·s les plus chroniques et « stabilisé·e·s », devenus des « handicapé·e·s », sont réorienté·e·s sur des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisé) ou des FAM (Foyers d'Accueil Médicalisé), beaucoup moins onéreuses, puisque le personnel y est moins qualifié, mais en nombre toujours insuffisant. Les patient·e·s par contre deviennent des résident·e·s, bénéficient d'un meilleur accompagnement social, mais de soins réduits. Le manque de lits devenant critique, on en recrée quelques-uns pour la pédopsychiatrie. Pour la psychiatrie adulte, la dernière réforme, dès 2019, envisageait de procéder plus finement : on ne fermerait plus de lits, mais leur financement aurait été réduit jusqu'à 6 fois si le patient restait trop longtemps hospitalisé dans l'année. Ce volet de la réforme semble finalement abandonné.

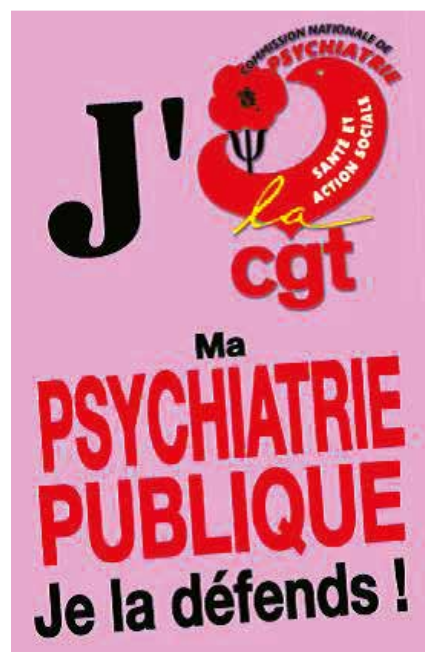
Dans le même temps, les médecins sont moins disponibles. Ils aspirent fort naturellement à mener une vie de famille normale. Les médecins de famille n'interviennent plus que rarement à domicile et ne travaillent plus la nuit et les jours fériés. Les urgences s'en trouvent vite saturées, surtout en-dehors des grandes villes. Le palliatif sera la permanence téléphonique, ou l'équipe mobile spécialisée, qui interviendra sur une courte période au domicile, ou l'unité d'hospitalisation d'accueil pour tout le département qui, à son tour, morcellera encore plus les soins.

### Spécialiser pour mieux soigner ?

La politique de secteur se voulait généraliste : soigner au plus près du lieu de vie toutes les pathologies pour tous les usagers.

L'ambulatoire est victime de son succès, récemment copié par les Centres et Maisons de Santé : les listes d'attente s'allongent démesurément, entre autres pour des pathologies plus légères, désormais classées sous l'appellation « santé mentale ». Pour y pallier, si l'on a conservé le terme de « bassin de population », il s'agit maintenant de constituer des « filières de soins » spécifiques à chaque pathologie, prises en charge par des réseaux et des « plateformes ». A cet effet, pour « rationaliser » et gagner illusoirement en « efficacité », le patient est d'abord et avant tout « correctement diagnostiqué » et évalué à l'aide de « bilans », qui permettraient de l' « orienter » sur la « prise en charge » (comme pour une marchandise) adaptée. Ces dispositifs multiplient le nombre d'intervenants auxquels le patient s'adressera, fragmentant ainsi ses soins, et compliquant les liens et transmissions, alors que tout praticien de la psychiatrie sait combien est importante la relation thérapeutique et combien est longue à se mettre en place une relation de confiance. Mais une fois « bien orienté », le patient se heurte toujours au manque de soignant·e·s et d'unités de soins.

Désormais, le « parcours de soin » est présent dans tous les discours, que les soignant·e·s eux-mêmes intériorisent. Effectivement, le patient court d'un soin à l'autre, d'une structure à une autre, d'un soignant à un autre, au détriment d'une relation stable et construite à un soignant, pourtant indispensable à des soins « de qualité ».





Le Centre Médico-Psychologique n'est plus qu'une structure de « 2<sup>ème</sup> ligne », destinée aux patient·e·s les plus malades. Et comme le secteur privé est réputé plus rentable et efficace que le secteur public, on fera appel à des psychologues libéraux, sous-payés, qui soigneront en une dizaine de séances des patient·e·s, qui auront préalablement consulté leur médecin traitant, qui leur aura prescrit ce type de soins. Il semblait pourtant que même les médecins libéraux, dits de 1<sup>ère</sup> ligne, étaient en nombre insuffisant !

Pour faire encore moins cher, on fera aussi appel à des « pairs-aidants » (ancien·e·s patient·e·s stabilisé·e·s), à des dépisteurs (formés en quelques heures) ou des « secouristes en santé mentale ».

### « Rationaliser » les méthodes ou dénaturer le soin ?

La psychiatrie s'était construite en se différenciant de la neurologie, car le soin psychique nécessite une approche globale du patient, médicale certes, mais aussi psychologique et sociale. Mais le modèle médical et les neurosciences se prêtent mieux à la « rationalisation scientifique ». Si le soin somatique s'est nettement amélioré au sein des hôpitaux psychiatriques (mais pas dans l'ambulatoire), c'est au détriment de sa prise en compte psychologique. Faute de ce temps si précieux dans les relations humaines, les synthèses pluridisciplinaires se font rares.

Les professionnels eux-mêmes ont perdu de leur formation initiale. Le diplôme d'ISP (Infirmier de Secteur Psychiatrique) a disparu en 1992, la psychologie clinique s'efface devant la neuropsychologie, dont la recherche est nettement favorisée par la dernière réforme. Les troubles psychiques de l'enfant deviennent des TND (Troubles Neuro-Développementaux). C'est maintenant au budget de la formation continue (financée par les salaires) de compenser le déficit en formation initiale en psychiatrie des infirmiers via des formations complémentaires devenues indispensables (tutorat, consolidation des savoirs en psychiatrie, gestion de l'agressivité, ...). Le gouvernement préfère encore former 1 IPA (Infirmier en Pratique Avancée) pour encadrer 1.000 infirmiers (taux national). La pratique sera ainsi normalisée et surtout peu coûteuse.

Cette situation est le résultat de la soumission de la psychiatrie française à la domination

quasi sans partage de la psychiatrie américaine dont l'orientation à dominante biologique (qui favorise les lobbies pharmaceutiques) et cognitivo-comportementaliste a totalement exclu la psychanalyse et d'autres approches thérapeutiques. Elle a conçu le DSM (Diagnostical and Statistical Manual). Là, le sujet singulier, avec son histoire (et non seulement son anamnèse médicale), ses sentiments, son fonctionnement psychique n'existent plus ; seuls demeurent des profils désincarnés et rentrant forcément dans une classification préétablie. L'inconscient et la subjectivité disparaissent ; ne demeurent que des symptômes, leur médication et le traitement du comportement.

Pour supprimer la subjectivité des soignant·e·s, du médecin à l'aide-soignant·e, et les rendre « efficient·e·s », il convient de les plier aux « bonnes pratiques » de la HAS dont ils deviendront les exécutant·e·s, technicien·ne·s dépourvu·e·s de toute créativité.

Certes, ce ne sont que des recommandations, non opposables aux yeux de la loi, mais les « visiteurs » les vérifieront lors de la certification de l'établissement, tous les 4 ans, qui conditionnera à son tour le budget de l'établissement. Citons A. BUZYN, ex-ministre de la santé : « *Nous avons quasiment fait fermer 2 établissements non certifiés, car ils ont des pratiques non recommandées* ».

Les « protocoles » ainsi conçus sont des prescriptions normatives qui produisent une chaîne de production sanitaire sans âme et sans conscience, exercée par des technicien·ne·s taylorisés. Ils dénie le soin, le souci, la sollicitude qui mobilisent le tact, la délicatesse et la parole requises dans les relations humaines, au cœur du soin en psychiatrie. D'aucuns parlent d'effacement de la psychiatrie devant la cérébrologie.

Au total, *cette bureaucratisation entend maîtriser la réflexion et le temps*, que nous avons tant besoin de prendre dans notre « cœur de métier », pour prendre soin des patient·e·s, pour tisser un lien avec eux, pour qu'ils s'apaisent avant de (re)partir dans la « vraie vie ». La Poste, lors de sa privatisation, avait qualifié le temps gratuit que les facteurs passaient auprès des usagers d'activité « parasite », jusqu'à ce qu'elle soit remise aujourd'hui en valeur, mais payante, donc réservée aux plus aisés.

Faute d'avoir le temps de se rencontrer et d'échanger, et afin que tout soit traçable, contrôlable, les soignant·e·s mentionnent depuis longtemps leurs observations sur des logiciels. Mais ces observations innombrables ne peuvent être lues par tous. Il fallait donc une méthode pour les organiser. Les cibles reprennent le modèle somatique : les symptômes sont ainsi isolés et décontextualisés, suivant le principe de « toute problématique a une cible ». Certes, cela permet parfois de rassembler des informations spécifiques (bonne ou mauvaise nuitée, ...), mais on met ainsi l'accent sur les problèmes du patient et on ne donne pas de sens à ses comportements, morcelés comme sa symptomatologie.

Les praticien·ne·s de terrain deviennent de simples exécutant·e·s, interchangeables d'une personne ou d'une unité à une autre, dont la réflexion et la pensée ne sont plus requis, dépossédé·e·s de leur propre humanité.

### Réhabiliter ou soigner ?

La Réhabilitation est devenue le mot d'ordre de nos missions. Issue de méthodes cognitivistes, comportementalistes et neurologiques, elle vient à point quand le gouvernement veut réduire le nombre et la durée des hospitalisations, trop coûteuses. Elle entend surtout reloger le patient hors de l'hôpital.

Et pourquoi pas ? L'ouverture des hôpitaux psychiatriques sur l'extérieur date de l'après-guerre ; les CMPs ont été créés à la fin des années 60, il y a un demi siècle. Depuis cette époque, la pratique soignante a toujours mêlé psychothérapeutique, psycho(ré)éducatif et (ré)insertion sociale. Les soignant·e·s prenaient soin des patient·e·s et les accompagnaient « sur le secteur », chez eux, ou ailleurs, et ceci en continuité entre l'hospitalier et l'ambulatoire.

Aujourd'hui cependant, austérité budgétaire aidant, la réhabilitation prend le pas sur le thérapeutique ; l'ARS finance d'ailleurs spécifiquement et abondamment ces actions qui nécessitent des formations, parfois très coûteuses, sur le budget des établissements. Et pourtant, la Réh@b<sup>5</sup> elle-même mentionne la nécessité de la psychothérapie. Elle s'adresse à une frange de nos patient·e·s, bien profilés et surtout demandeurs. Certaines unités de ce type ont déjà fermé en France.

La culture, ce pont d'humanité entre les patient·e·s et les « normaux », a disparu du vocabulaire des ARS. Les multiples médiations thérapeutiques, hors ou dans l'hôpital, avaient cependant fait leurs preuves depuis longtemps, valorisant la créativité des patient·e·s (et des soignant·e·s) plutôt que leurs déficiences, dressant un pont entre l'hôpital et la société, moyen d'insertion sociale par excellence.



### Quelle société voulons-nous ?

Au travers du destin de la psychiatrie publique, c'est l'avenir de notre société qui se joue, le devenir de ce qui fait relation humaine. Faute de soins, dans notre contexte sécuritaire, quelques patient·e·s font la une de l'actualité criminelle des médias et témoignent du délitement de ce qui fait notre humanité. Il est ensuite facile d'incriminer la responsabilité de dispositifs de soins, privés des moyens de bien faire leur travail. La violence constitue entre autres un effet inévitable d'une société déshumanisée, où il devient difficile de rencontrer un humain pour une démarche administrative, publique (impôts, Sécu, chômage, allocations familiales, ...) ou même commerciale. L'ordinateur ne peut pas remplacer la relation humaine, a fortiori en psychiatrie.

Il ne s'agit pas de combattre tout changement, mais la psychiatrie est une vaste discipline, qui emprunte à beaucoup d'autres, et en particulier à toutes les sciences humaines. Allons-nous continuer à subir la logique de ces nouvelles méthodes sans aucun regard critique ? Allons-nous courir après les financements spécifiques voulus par l'ARS sans adapter et infléchir ces outils dans le sens de notre culture psychiatrique ? ■

Pierre DU MORTIER,  
Psychologue CHS Sevre, Saône-et-Loire.

5. La réhabilitation psycho-sociale, issue des Etats-Unis, rassemble un ensemble de techniques, surtout cognitives et comportementales. Elle est introduite en France dans les politiques publiques en 2017.





**Nous revendiquons une autre politique, une politique pour reconstruire ensemble une psychiatrie humaine et vivante, avec des moyens matériels et des pratiques respectueuses de l'humanité des patient-e-s :**

- ↳ **Un financement à la hauteur des besoins**, pour que les soins soient accessibles à tou-te-s selon leurs besoins,
- ↳ **Des lits pour accueillir** suffisamment bien et longtemps les patient-e-s qui le nécessitent,
- ↳ **Du personnel bien formé et en nombre**, pour pouvoir rencontrer la souffrance psychique à l'hôpital, dans l'ambulatorio, à domicile
- ↳ **La restauration de mots simples d'une culture qui disparaît** : accueil, rencontre, échange, clinique, souffrance, angoisse, psychothérapie institutionnelle, ...
- ↳ **Le temps... de travailler, de bien travailler**, de soigner et de prendre soin, des patient-e-s, des soignant-e-s et de l'institution,
- ↳ **Le sens des soins psychiques** : pour les problèmes humains, il faut d'abord et avant tout des humains à qui parler et pas uniquement des techniques, il faut des artisans et non de simples technicien-ne-s,
- ↳ **L'imagination et la créativité nécessaires** qu'il faut mobiliser dans les métiers s'occupant des humains et dans les réunions cliniques pluridisciplinaires,
- ↳ **Des méthodes de soin réfléchies collectivement** par les praticien-ne-s de terrain et adaptées à leur pratique et surtout, aux patient-e-s.



## Un PLFSS 2022 très loin des enjeux et des attentes

L'UFR Santé Action Sociale a souhaité vous faire partager l'intervention de Pierre-Yves CHANU, économiste, conseiller confédéral, vice-président de l'ACOSS<sup>2</sup>, membre du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) et du Conseil d'Orientation des Retraites (COR) pour la CGT. Il a répondu à nos questions lors du débat à la Commission Exécutive « *Un Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale 2022 (PLFSS)<sup>1</sup> très loin des enjeux et des attentes* » sur la Loi du financement de la sécurité sociale qui a été adoptée définitivement en dernière lecture par l'Assemblée nationale le 29 novembre, en attente de l'avis du Conseil Constitutionnel avant d'être promulguée avant la fin de cette année 2021.

### Les moyens attribués dans le PLFSS 2022 sont-ils très en deçà des besoins de Santé ?



**Pierre-Yves CHANU** : Après 20 mois d'une crise sanitaire inédite qui sévit encore durement, nous étions en droit d'attendre que le gouvernement et le parlement proposent un PLFSS qui prenne toute la mesure de cette crise sanitaire et qui donne des moyens à notre Sécurité sociale à la hauteur de ces enjeux. Or, force est de constater que c'est loin d'être le cas !

La Sécurité sociale a joué un rôle indispensable en dégageant des ressources pour faire face à l'épidémie de COVID, comme l'accès aux tests et la vaccination. Mais le gouvernement a reculé sur les tests avec le déremboursement des tests PCR pour la population qui n'est pas encore vaccinée, c'est à dire celle qui a le plus besoin d'être testée !

Les mesures du Ségur sont largement insuffisantes et ne permettront jamais de répondre au besoin criant de personnel, ni au manque d'attractivité des métiers nécessaires au bon fonctionnement des services. La France est seulement passée de la 22<sup>ème</sup> à la 18<sup>ème</sup> place dans le classement mondial des rémunérations des personnels concernés par le Ségur !

Après plus de 20 mois de lutte contre la COVID, les personnels sont épuisés, nous constatons le départ massif de soignant.e.s. 10 à 20 % des lits ont été fermés

dans les hôpitaux par manque de personnel. Le problème est criant pour les services d'urgences et de réanimation. Mais le problème de tension concerne tous les services, les soins programmés ont été reportés aux dépends de la santé et de la vie des malades.

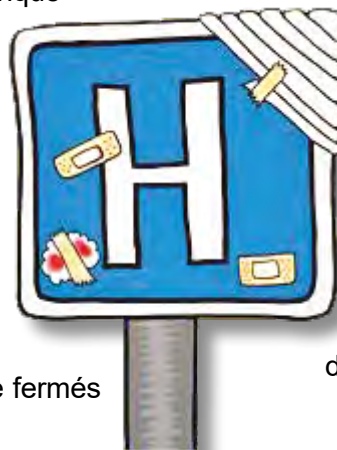
Cette situation a été dénoncée par la CGT et d'autres, mais le gouvernement refuse de donner les moyens nécessaires. La mesure dans le PLFSS d'augmenter le taux de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) à 2,6 % est bien loin des besoins. Tout le monde est d'accord, même les directeurs des hôpitaux qui demandent un taux minimum de 4 à 5 %, alors qu'on pensait qu'il faudrait au moins 7 % d'augmentation.

La mesure dans ce PLFSS de rembourser la contraception aux femmes jusqu'à 25 ans est une avancée, mais rien pour les plus de 25 ans...

On peut s'interroger sur le financement pour le numérique qui va essentiellement vers la télémédecine comme la télésurveillance.

### Le gouvernement a-t-il parlé de relocaliser la production de produits pharmaceutiques ?

**P-Y C** : L'objectif de maîtrise de l'industrie du médicament et notamment sa relocalisation sont légitimes, mais cela ne consiste pas à financer à fonds perdus des multinationales qui, par ailleurs, délocalisent et distribuent de généreux dividendes à leurs actionnaires.



1) Les lois de financement de la Sécurité sociale sont issues du plan Juppé de 1995 avec la loi constitutionnelle du 22 février 1996 qui a introduit un alinéa de l'article 34 de la Constitution : « Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique ». Le « plan Juppé », a été dénoncé comme un « rapt » de la « Sécu », imposant un contrôle du Parlement (députés et sénateurs) sur les comptes de la Sécurité sociale, une maîtrise comptable des dépenses imposées de santé plutôt qu'augmenter les cotisations sociales, donc l'argent du patronat, fruit de notre travail !!!

2) L'ACOSS, Agence centrale des organismes de Sécurité Sociale, est un établissement public à caractère administratif chargé de gérer la trésorerie de chacune des branches du système de Sécurité Sociale et de superviser la branche « recouvrement » avec notamment le réseau des URSAFF.





Le 4 décembre 2021, les soignant.e.s ont manifesté partout en France pour la défense de l'Hôpital public et du système de santé.

### **Le gouvernement a dit prendre des mesures pour la perte de l'autonomie dans le PLFSS à la place d'une grande loi annoncée pour répondre aux besoins ?**

**P-Y C :** Promise depuis 2019 par le président Macron, la grande loi concernant l'autonomie a été abandonnée et remplacée dans le PLFSS 2022 par des mesures qui sont loin de répondre aux besoins.

Le PLFSS pour 2022 confirme que la 5<sup>ème</sup> branche de la Sécurité sociale dédiée à la perte d'autonomie, créée il y a un an, transforme notre Sécurité sociale en un système financé par l'impôt, dont à 95 % par la CSG. Cette branche est d'emblée déficitaire à moins d'augmenter considérablement la CSG, les impôts... et la part payée par les personnes en perte d'autonomie et/ou leurs familles...

Cela conforte la proposition de la CGT que le droit à l'autonomie et le handicap doivent être pris en charge par la branche Maladie de la Sécurité sociale.

### **Le PLFSS aborde-t-il le sujet des retraites ?**

**P-Y C :** Le Sénat a fait voter dans le PLFSS une « conférence de financement » associant « partenaires sociaux » et l'État pour ramener la branche vieillesse à l'équilibre en 2030 ! Les préconisations seront dans le PLFSS 2023. En cas d'échec de cette conférence, le Sénat a inscrit des ajustements paramétriques à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, dont un relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite à 64 ans à compter de la génération 1966 et une durée d'assurance de 43 ans dès cette même génération (au lieu de la génération 1973) pour bénéficier d'une retraite à taux plein !!!

La majorité de droite du Sénat reproche à Macron de ne pas être allé au bout de sa réforme d'un régime universel à points.

Mais pourtant, Macron ne semble pas avoir renoncé à sa réforme pour son éventuel prochain mandat présidentiel pour diminuer nos droits à la retraite... Et de nombreuses décisions récentes vont vers une centralisation des régimes de retraites, comme pour le recouvrement centralisé par les URSSAF (Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales) des cotisations de la retraite complémentaire obligatoire du privé AGIRC-ARRCO, ou celui de la CNIÉG (Caisse Nationale des industries électriques et gazières). Le gouvernement souhaite intensifier le transfert vers les URSSAF des cotisations des régimes gérés par la Caisse des dépôts. Plus que jamais la CGT doit réaffirmer notre totale opposition à un nouveau recul de l'âge de départ en retraite, à la liquidation des régimes spéciaux.

### **La remise en cause de notre régime de Sécurité sociale continue-t-elle à travers ce PLFSS 2022 et d'autres contre-réformes ?**

**P-Y C :** Comme la centralisation du recouvrement des cotisations sociales des retraites par les URSSAF, un autre projet appelé PPL Mesnier (Proposition de Loi du député LREM Thomas Mesnier) envisage aussi un recul de la démocratie sociale dans la gestion de la Sécurité sociale.



C'est un projet de réforme de procédure d'élaboration des PLFSS avec encore plus d'étatisation pour maîtriser le financement donc diminuer nos droits.

**Les propositions de la CGT sur une sécurité sociale financée par les cotisations sociales et gérée par ses assurés sont-elles essentielles ?**

**P-YC :** L'évaluation des besoins et le financement pour y répondre sont en effet essentiels. Le financement doit reposer sur l'augmentation des cotisations sociales : l'augmentation des salaires, l'égalité salariale femmes-hommes, l'augmentation des emplois, la retraite à 60 ans. Il est urgent de revenir



sur la remise en cause des droits à la retraite, des exonérations de cotisations sociales, des exemptions liées à l'épargne salariale ou à l'épargne retraite, des éléments de rémunérations dits « défiscalisés et désocialisés » qui sont remplacés par la TVA ou d'autres impôts, CSG... Les exonérations représentent 75 milliards, la cotisation maladie qui était de 12,5 % n'est actuellement qu'à 6 % pour les salaires jusqu'à 2,5% du SMIC.

La CGT propose de mettre à contribution les dividendes, cela permettrait entre autres un juste retour des profits réalisés, notamment par les entreprises du médicament. ■

## « GRANDE SÉCURITÉ SOCIALE » OU « SÉCURITÉ SOCIALE INTÉGRALE » ?

**La "Grande Sécurité Sociale" est un projet néfaste !**

Le ministre de la Santé a lancé un ballon d'essai médiatique sur une « grande Sécurité Sociale » avec un remboursement à 100% des soins à l'instar du régime des ALD (affection de longue durée), un remboursement des dépenses de dentaire, optique et audition et examens.

À l'approche de la présidentielle, Macron veut faire un coup de « com » avec cette intervention de Véran, car les dépenses de mutuelles sont un budget important, en particulier pour les plus âgé.e.s.

Peut-on imaginer une avancée sociale avec la reprise en main étatique de la Sécurité sociale par un gouvernement qui vient de faire voter un PLFSS 2022 bien loin de financer les besoins en continuant sa politique d'austérité et cela malgré la crise sanitaire et l'état de l'hôpital et des EHPAD et de l'aide à domicile asphyxiés ?

**La Sécurité sociale intégrale proposée par la CGT**

La proposition d'une « Sécurité Sociale intégrale, 100 % sécu » de la CGT est très différente du projet d'une « Grande Sécurité sociale » aux nombreux points non abordés :

→ **Le financement doit et peut être assuré avec l'augmentation des cotisations sociales et des salaires (partage des richesses) : il faut revenir sur les exonérations de cotisations**

(75 milliards € de baisse) et remettre en cause la fiscalisation du financement (CSG et TVA notamment).

La sécurité sociale repose sur les fruits de notre travail (le salaire socialisé) et elle est inséparable de la proposition de Nouveau statut du Travail salarié et de Sécurité sociale professionnelle.

→ Une sécu à 100 % : pour la CGT tout ce qui contribue aux soins doit être remboursé au lieu d'un panier de soins minimum ! La remise en cause des dépassements d'honoraires, des restes à charge...

→ Un pôle public de santé en France pour couvrir les besoins sanitaires et sociaux de la population (avec des centres de Santé, des services d'urgence de proximité, relations médecine de ville-hôpital...) tout en permettant le développement d'une recherche publique et d'un tissu industriel en France comme la production des médicaments, de matériel médical...

→ L'unité de la Sécurité Sociale pour couvrir l'ensemble des risques sociaux, maladie, retraites famille, mais également le risque de perte d'emploi et la perte d'autonomie.

→ La démocratie sociale est essentielle pour les assurés sociaux qui doivent retrouver la maîtrise de leur Sécurité Sociale en élisant leurs représentant.e.s.



**Pour aller plus loin, voir les différents documents de la CGT :**

→ « Grande Sécurité Sociale » : un projet dangereux et néfaste

→ Livret "Pour une Sécurité Sociale du 21<sup>e</sup> siècle : enjeux et propositions"

→ Note confédérale aux organisations du 19 novembre « « Grande Sécurité Sociale » ou « Sécurité sociale intégrale ».



# NOUS SOMMES UN LIEN ENTRE 3 MILLIONS D'ADHÉRENTS.



Plus que jamais, nos équipes continuent de  
se mobiliser pour vous, afin de tisser un  
lien toujours plus solide.

[aesio.fr](https://aesio.fr)



Santé • Prévoyance • Épargne • Retraite • Auto • Habitation

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS. Crédit photo Alexis Raimbault. Document non contractuel à caractère publicitaire. 21-005-015

 **AÉSIO  
MUTUELLE**

DÉCIDONS ENSEMBLE DE VIVRE MIEUX

# NOUS SOMMES AUX CÔTÉS DE CEUX QUI PRENNENT SOIN DES AUTRES.

## -10%\*

SUR VOTRE ASSURANCE AUTO

Retrouvez nos offres  
sur [gmf.fr/hospitaliers](http://gmf.fr/hospitaliers)

**GMF 1<sup>ER</sup> ASSUREUR  
DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**



ASSURÉMENT HUMAIN

GMF 1<sup>er</sup> assureur des Agents du Service Public : selon une étude Kantar TNS SoFia de mars 2020.

\*Offre réservée aux Agents du Service Public, personnels des métiers de la santé. Réduction de 10% sur le montant de la 1<sup>ère</sup> cotisation annuelle, pour toute souscription d'un contrat AUTOPASS entre le 01/01/2021 et le 31/12/2021. Offre non cumulable avec toute offre en cours. En cas d'offre spéciale GMF, application de l'offre la plus avantageuse.

Conditions et limites des garanties de notre contrat AUTO PASS en agence GMF. Les Conditions Générales et la Convention d'assistance de ce contrat sont consultables sur [gmf.fr](http://gmf.fr).

**LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés** - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret. **GMF ASSURANCES** - Société anonyme au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Nanterre 398 972 901 Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret.

Les produits distribués par GMF sont assurés par GMF ASSURANCES et/ou GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES.

