



INFOS SYNDICALES DIRECTEURS ET DIRECTRICES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Syndiqué.e...vous n'êtes plus seul.e !



n°2 - juin 2024

La lettre d'actualité de l'UFMICT-CGT à destination des directeurs et directrices de la Fonction Publique Hospitalière

EDITO

La dissolution inattendue de l'Assemblée nationale et la possibilité d'une montée au pouvoir de l'extrême droite justifient notre position d'appel à la mobilisation de toutes les citoyennes et de tous les citoyens : Votez ! Votez ! Votez !

Au vu de la gravité de la situation, le Comité Confédéral National (CCN) de la CGT considère que la CGT prend ses responsabilités. Le CCN considère que « le programme du Nouveau Front Populaire est celui qui répond le mieux aux attentes et aspirations des travailleuses et des travailleurs et qui ouvre le plus de possibilités de mobilisations gagnantes ».

Concernant la réforme des statuts des directeurs-rices FPH, nous avons mobilisé énormément de nos énergies depuis plus d'une année. L'intersyndicale s'est retrouvée dans une spirale de mobilisations et d'actions afin de peser sur le Gouvernement, notamment avec 2 journées de grève et de manifestations à quelques mois d'intervalle, ce qui est historique pour nos corps de direction. Avec un retard considérable, préjudiciable pour les directeurs-rices, la réforme pourrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2025, uniquement pour les DH à ce stade, mais les élections législatives repoussent les groupes de travail de la DGOS et les consultations institutionnelles à l'automne...

De plus, l'UFMICT-CGT a pesé de toutes ses forces pour convaincre et diffuser un message alternatif auprès des autorités. Sur les fiches métiers des directeurs-rices, nous avons pu bloquer temporairement des fiches visant à inscrire nos métiers dans un management mercantiliste et éloigné du service public et des réalités du terrain.

L'UFMICT-CGT défend également la santé des directeurs-rices, très négligée par le CNG et les autorités ces dernières années. Ainsi, nous voulons focaliser sur la santé au travail des directeurs-rices afin de bénéficier d'une protection adéquate face aux risques professionnels auxquels nous sommes exposés. La dégradation de nos conditions de travail s'accélère dans l'indifférence de nos responsables.

L'UFMICT-CGT veut aussi aborder la question du handicap, lequel concerne de nombreux directeurs-rices. Plusieurs situations de discrimination en raison du handicap de directeurs-rices nous ont amené à vouloir aborder une thématique si négligée par le Gouvernement.

Par ailleurs, nous souhaitons ouvrir la réflexion sur des questions managériales importantes dans nos établissements. Par exemple, la délégation de gestion aux pôles s'intensifie dans certains hôpitaux. Cette délégation de gestion est idéologiquement favorisée, applaudie, alors qu'il ne s'agit que d'un levier supplémentaire des politiques de rigueur budgétaire. Nous voulons apporter nos expériences du terrain dans ce domaine.

La réforme du financement de la psychiatrie, secteur sanitaire en pleine déshérence, mérite également une analyse. En effet, malgré les critiques gouvernementales de la T2A, c'est l'extension de la tarification à l'activité à la psychiatrie qui s'affirme dans les faits. La rigueur budgétaire est devenue le leitmotiv de la politique du gouvernement : réduire les budgets, c'est le sens de notre travail que veulent nous inculquer ces élites politiques. Evidemment, la destruction programmée du service public de la Santé ne peut motiver ni les directeurs-rices, ni les équipes.

Enfin, un directeur a exprimé une position sur la question des addictions aux drogues et des politiques publiques en matière de santé et de gestion des personnels.

SOMMAIRE

Tenaces et rassemblés, les directeurs et directrices poursuivent leur mobilisation pour obtenir une réforme statutaire à la hauteur de leurs responsabilités. p.2

Fiches métiers des personnels de direction : l'UFMICT-CGT obtient une première victoire sur sa vision du management hospitalier p.3

Lever le voile sur la dégradation des conditions de travail des directrices et des directeurs p.3

Etre directrice/directeur en situation de handicap p.4-5

La délégation de gestion aux pôles est un outil managérial de l'austérité budgétaire lequel ne doit pas masquer la responsabilité de l'effondrement des hôpitaux p.5-6

Le financement des établissements publics de santé mentale est soumis à la rigueur budgétaire p.7-9

Pour une véritable politique d'accompagnement des consommateur-ric.e.s de drogues ! p.9-11

« Infos Syndicales
Directeurs et Directrices »
est une publication
de l'UFMICT-CGT.
Adresse :
ufmict@sante.cgt.fr

Si vous souhaitez vous désinscrire, si vous n'êtes plus concerné.e par notre activité, si vous ne recevez pas ce message sur votre adresse favorite, vous pouvez le faire en envoyant un mail à ufmict@sante.cgt.fr avec pour objet « Désabonnement » ou « Correction ». Merci !

Fil d'actualité UFMICT Directeurs :
syndicoop.fr/ufmict/category/directeur-ric/
LinkedIn :
Ufmict collectif directeurs

» **TENACES ET RASSEMBLÉ·E-S, LES DIRECTEURS ET DIRECTRICES POURSUIVENT LEUR MOBILISATION POUR OBTENIR UNE RÉFORME STATUTAIRE À LA HAUTEUR DE LEURS RESPONSABILITÉS.**

Partant du constat de responsabilités et qualifications équivalentes, de l'importance des mobilités entre les corps de direction, de la nécessité de travail en réseau sanitaire social et médico-social, de formations initiale et continue proches, une solide Intersyndicale Syncass-CFDT, CH-FO, UFMICT-CGT, largement majoritaire sur les trois corps de direction, défend ses efforts sans relâche depuis 2016 en vue de l'unicité statutaire et la reconnaissance des DH-D3S.

Le 22 mai 2024, en grève et mobilisés sur Santexpo, on ne lâche rien sur nos revendications :

» Pour la reconnaissance des qualifications et de l'engagement des directrices et directeurs à équivalence avec les administrateurs de l'État.

» Pour que la transposition de la réforme de la haute fonction publique ne soit pas une nouvelle occasion manquée pour revaloriser l'encadrement supérieur dans la FPH.

» Pour réaffirmer la nécessité de l'unicité statutaire DH-D3S et un choc d'attractivité pour le corps des DS.

Petite rétrospective :

» **30 novembre 2016** : appel à la grève des directeurs et directrices de la FPH en vue de l'unicité statutaire. Rassemblement de 150 collègues devant le ministère. Nombreux grévistes en région.

» **6 décembre 2018** : les élections professionnelles marquent sans ambiguïté une progression de l'Intersyndicale portant l'unicité statutaire.

» **18 février 2020** : le rapport de la Mission Haute Fonction Publique de F. Thiriez commandé par le premier Ministre préconise (proposition 31) la fusion des corps DH-D3S.

» **8 avril 2021** : Emmanuel Macron annonce la réforme de la haute fonction publique et la suppression de l'ENA.

» **1^{er} décembre 2021** : publication du nouveau décret statutaire des Administrateurs de l'État. Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 et intégration d'une quinzaine de corps de la haute fonction publique de l'État au 1^{er} janvier 2023.

» **Février-juillet 2023** : Premières réunions initiées par la DGOS en vue de la transposition de la réforme haute fonction publique au versant hospitalier. Annonce de la volonté de limiter la transposition aux seuls DH, de manière décalée voire incomplète. DS et D3S laissés de côté.

» **3 juillet 2023** : l'engagement d'une transposition de la réforme au 1^{er} janvier 2024 initialement annoncé par la DGOS ne sera pas tenu. Les propositions sont totalement inacceptables, notamment pour les D3S. L'Intersyndicale quitte la réunion de concertation en raison du mépris du gouvernement.

» **4 août 2023** : l'Intersyndicale adresse une demande de rendez-vous à Stanislas Guérini pour débloquer la situation.

» **8 août 2023** : réponse positive mais imprécise du ministre pour une rencontre avec le cabinet.

» **10 octobre 2023** : rencontre avec les cabinets fonction publique et santé.

» **12 octobre 2023** : devant l'absence de réponse, l'Intersyndicale appelle à la grève et à la mobilisation.

» **19 octobre 2023** : 150 directeurs et directrices sont rassemblés devant le Ministère. Délégation reçue par le cabinet et la DGOS. Grève massivement suivie par 20% des collègues et jusqu'à 90% parmi les élèves à l'EHESP. Déclaration intersyndicale et compte-rendu de la mobilisation.

» **11 décembre 2023** : face à l'immobilisme, l'Intersyndicale interpelle Elisabeth Borne, première ministre.

» **14 décembre 2023** : lancement de trois pétitions massivement suivies (3400 signatures).

» **12 février 2024** : nouvelle adresse au premier ministre Gabriel Attal suite au remaniement.

» **29 février 2024** : envoi de deux courriers, respectivement à Stanislas Guérini et Catherine Vautrin.

» **15 mars 2024** : MM. Guérini et Valletoux font (enfin !) des annonces à l'ADH sur la transposition de la réforme mais aux seuls DH. Ces orientations qui restent à préciser techniquement sont confirmées le jour même aux OS représentatives des directeurs. Les D3S et DS sont clairement laissés de côté.

» **22 mars 2024** : nouvelle demande de rencontre aux cabinets de la fonction publique et la santé.

» **29 mars 2024** : reçus par les deux cabinets, l'Intersyndicale remet les 3400 pétitions signées par les trois corps (sur 5 200 directrices et directeurs).

» **9 avril 2024** : nouvelle réunion et tergiversation des cabinets.

» **16 avril 2024** : l'Intersyndicale appelle à nouveau à se mobiliser pour se faire entendre. Incertitude sur le régime indemnitaire et la date d'application de la transposition pour les DH. Exigences réaffirmées pour les D3S et DS.

» **22 mai 2024** : Grève et webinaire à Santexpo. Plusieurs dizaines de directeurs-rices mobilisés.e.s sur place et plus d'une centaine en ligne.

» **Début juin** : les groupes DGOS reprennent, le CSFPH est fixé au 2 juillet et la réforme est prévue au 1^{er} janvier 2025 uniquement pour les DH à ce stade.

» **10 juin 2024** : suite à la dissolution de l'Assemblée nationale, la DGOS annonce la suspension des travaux statutaires. ■

» FICHES MÉTIERS DES PERSONNELS DE DIRECTION : L'UFMICT-CGT OBTIENT UNE PREMIÈRE VICTOIRE SUR SA VISION DU MANAGEMENT HOSPITALIER

La commission emplois et métiers du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière était réunie le 23 avril 2024 et présentait 22 fiches métiers pour les corps de direction de la Fonction Publique Hospitalière. La Fédération Santé et Action Sociale et son UFMICT-CGT ont obtenu le retrait des projets présentés par la DGOS en vue d'un réexamen ultérieur. Ces fiches avaient été travaillées en amont par le CNG qui avait sciemment tenu l'UFMICT-CGT à l'écart des travaux.

Nous avons souligné le décalage des fiches métiers avec la réalité du travail et les injonctions contradictoires auxquelles les directeurs et les directrices sont soumis dans un contexte de gestion de la pénurie de moyens.

Les fiches proposées portent une vision des métiers imprégnée par la logique du management privé contrairement aux valeurs et à l'éthique du service public. Les termes de « service public » ou même « d'intérêt général » semblent bannis au profit d'un langage managérial abscons (« *design thinking* », « communication à 360° », « méthodes Agiles »...). Pour l'UFMICT-CGT, cela revient à fixer une norme professionnelle par des outils contestables, destinée à imposer des pratiques professionnelles standardisées à tous les directeurs et directrices.

Nous ne pouvons pas accepter les références à la « clientèle », le recours aux « opérateurs économiques pour réaliser des prestations de conseil et d'accompagnement », aux « financeurs privés » ou au « mécénat ».

Cette première victoire en appelle d'autres pour construire un management porteur du service public, partant des besoins des patient.e.s et personnes accompagnées, reconnaissant et promouvant les qualifications comme source première de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

Nous considérons que l'amélioration des conditions de travail est indissociable de la qualité des soins, à l'opposé des pratiques de management pathogène qui se normalisent dans nombre d'établissements et services. ■

» LEVER LE VOILE SUR LA DÉGRADATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES DIRECTRICES ET DES DIRECTEURS

En matière de conditions de travail, nous voulons que le CNG établisse un document unique d'évaluation des risques professionnels qui engage sa responsabilité (comme dans un établissement). Nous voulons que les directeur-ric-e-s disposent d'un droit d'alerte effectif lorsque leur santé est mise en danger. Nous voulons que des actions réelles soient prises lorsque l'alerte est signalée. Nous souhaitons une enquête nationale sur les conditions de travail des directeur-ric-e-s. Nous voulons une instance forte en charge des conditions de travail, d'hygiène et de sécurité qui reprenne des prérogatives équivalentes à celle d'un CHSCT, dont la mission est l'analyse et le traitement des risques psycho-sociaux, l'information des directeur-ric-e-s sur la prévention des risques et le respect de la sécurité et des bonnes conditions de travail. Les directeur-ric-e-s devraient pouvoir exercer un droit d'alerte en cas d'abus sur le temps de travail individuel ou d'autres dégradations

des conditions de travail (Ministère-CNG, syndicats). Cette instance devrait avoir des pouvoirs (analyse, traitement, enquête). Aujourd'hui la F3SCT est juste un espace pour les spectateurs de la dégradation des conditions de travail mais ne dispose d'aucun moyen d'action sérieux. Il faut sortir de l'impuissance administrative et syndicale.

L'AIPN a un pouvoir et aussi des devoirs. Nous voulons une véritable communication sur la santé au travail. En effet, nous constatons qu'il n'y a pas d'information sur la F3SCT sur le site du CNG, aucun bilan, aucune activité diffusée, presque rien sur la santé au travail des directeur-ric-e-s. Nous voulons des enquêtes sur le terrain en cas de risque pour la santé et la sécurité des collègues. Prochainement, nous lancerons une enquête sur les conditions de travail des directeur-ric-e-s. Dans le cadre de la journée mondiale de la santé et de la sécurité au travail, la CGT a organisé des mobilisations partout en France le 25 avril. ■

- Proposition n°93 : De nouveaux moyens de prévention de la charge de travail prévus dans le cadre d'un DUERP et un suivi post-professionnel des directeur-ric-e-s exposés à la surcharge de travail.
- Proposition n°115 : Une instance forte en charge des conditions de travail, d'hygiène et de sécurité qui reprenne des prérogatives équivalentes à celle d'un CHSCT. Les préconisations doivent avoir un pouvoir prescriptif, engageant le CNG qui porte une responsabilité administrative et pénale à l'égard de l'ensemble des directeur-ric-e-s dont il a la charge.
- Proposition n°117 : Un document d'évaluation des risques professionnels des directeur-ric-e-s
- Proposition n°118 : Une enquête nationale portant sur l'ensemble des corps pour estimer le temps de travail réel et les conditions de travail. Cette enquête servira de référence pour adapter les conditions de travail et les volumes d'emplois à créer
- Proposition n°119 : Un droit d'alerte exercé par les directeur-ric-e-s qui estiment que leur santé ou sécurité est compromise.

TOUTE LA PLATEFORME REVENDICATIVE : <https://syndicoop.fr/kiosqueljournal/130-propositions-pour-les-directeurs-et-directrices-de-la-fonction-publique-hospitaliere-2/>

Une absence de statistiques sur les directrices et directeurs en situation de handicap

Combien de directrices et de directeurs sont-ils en situation de handicap ? Sur internet, les données du CNG ne le mentionnent pas. Tous les bilans et rapports sociaux le précisent dans nos établissements, mais pas pour les corps de direction. Dans les faits, l'obligation d'emploi de 6% de travailleurs en situation de handicap pour nos établissements ne s'applique pas non plus à nos corps de direction.

A priori, ce n'est pas un sujet qui intéresse le CNG et le Ministère. Or, l'augmentation de l'âge de la retraite, réforme après réforme, nous place en position d'activité à des âges de plus en plus avancés et exposés aux risques de handicap. Nous avons également un nombre de décès important dans les corps de direction (77 décès entre 2012-2021), ce qui pourrait refléter de mauvaises conditions de travail. Ainsi, beaucoup de directrices et de directeurs peuvent être en situation de handicap sans que le CNG ne s'en préoccupe.

L'aménagement des épreuves des concours pour les personnes en situation de handicap est méconnu et leur recrutement dérogatoire par la voie de détachement est symbolique

Les épreuves des concours de directrices-rices peuvent être aménagées pour les personnes en situation de handicap, mais nous ne trouvons pas d'informations sur les modalités possibles et réalisées d'aménagement des épreuves du concours. Or les candidat.e.s ont besoin d'informations avant de s'inscrire à un concours. Nous ne pouvons pas non plus évaluer si tous les champs du handicap sont inclus dans ces aménagements d'épreuves.

De plus, le CNG déclare avoir recruté 1 D3S et 1 DH travailleurs handicapés en 2022 par recrutement dérogatoire par la voie de détachement, sur 5 286 directrices-rices gérés... Nous constatons que l'expérimentation d'un recrutement dérogatoire de fonctionnaires en situation de handicap suite au décret 2020-569 du 13 mai 2020 est trop symbolique et limitée jusqu'en 2026. Cela mériterait d'être amplifié en nombre et en y incluant les DS.

Nous exigeons des aménagements de postes, des postes réservés, des campagnes contre les discriminations

Les aménagements de postes sont complexes, comme pour tout agent. Nous n'avons aucune donnée du CNG sur le nombre d'agents ayant bénéficié d'aménagements de postes.

En effet, suite à une longue maladie et pour une personne devenue handicapée, il est parfois difficile de retrouver un poste de travail identique. La maladie fragilise, les capacités de travail ne sont pas toujours comme avant. Or des situations de handicap peuvent exiger un aménagement de poste (mobiliers ergonomiques, poste de travail numérique,

aménagement facilitant le télétravail, véhicule adapté, aménagement des locaux, mobilisation d'auxiliaires de vies, dispositifs d'accompagnement technique, formations...).

De plus, les directrices-rices n'ont pas de postes réservés en cas de handicap. C'est au cas par cas et au bon vouloir du chef d'établissement. Or l'établissement doit l'accepter, ce qui n'est pas évident, car ce serait un poste supplémentaire ad hoc. Le coût budgétaire est à réserver, y compris en formations. Dans ce contexte d'aménagement de postes et de retour à l'emploi, une convention pluriannuelle entre le CNG et le FIPHFP serait utile, à l'instar de la fonction publique territoriale (conventions FIPHFP avec les CGFPT et le CNFPT).

Enfin, les équipes ne sont pas toujours accueillantes. Les préjugés culturels contre les personnes en situation de handicap sont importants aussi bien au niveau des directions que des agents. Les risques de mise en échec de la personne en situation de handicap sont élevés. Certes il peut y avoir une volonté d'accompagner les professionnel.les en situation de handicap mais à effectif constant. Dans certains cas, de retour de maladie, la directrice ou le directeur en situation de handicap risque le placard, la discrimination. L'objectif est de faire pression pour pousser le directeur ou la directrice au départ (retraite, maladie, démission...). C'est pour cela que le CNG devrait piloter des actions et des campagnes de lutte contre les discriminations en raison du handicap, notamment au niveau des Chefs d'établissement.

Aujourd'hui, le CNG n'assure pas la régulation et la lutte contre les discriminations en raison du handicap. Ainsi, lorsque l'UFMICT-CGT dénonce auprès du CNG des pratiques managériales pouvant s'apparenter à une discrimination en raison du handicap, cela laisse le CNG sans réponse. Le CNG renvoie les victimes vers la justice, oubliant ses responsabilités et obligations en tant qu'AIPN.

Pour la mobilité, aucun accompagnement des directrices-rices en situation de handicap n'est prévu

Parfois, après une période de maladie, certains collègues en situation de handicap ne souhaitent pas reprendre leurs postes dans le même établissement. Or, nous, les directrices-rices, ne pouvons que difficilement changer d'établissement. Nous subissons les barrières de la question géographique et familiale, des évaluations, d'une culture du handicap insuffisante pour de nombreux Chefs d'établissements.

Les directrices et directrices en situation de handicap ne sont pas aidé.e.s en cas de volonté de mobilité. Le Code de la fonction publique prend en compte le handicap pour favoriser une mobilité géographique. Mais dans les faits cela ne s'applique pas aux directrices-rices. Lorsque l'UFMICT-CGT demande des comptes au CNG sur une situation individuelle de volonté de mobilité en raison du handicap, le CNG ne répond pas. Les professionnel.les en situation de handicap ou de retour de maladie doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement personnalisé et non-stigmatisant à la mobilité géographique ou interfonction publique ou autres métiers.

Nous appelons à une véritable politique nationale de prévention du handicap

La situation des directeurs-rices est peut-être pire que celle des autres agents. En effet, dans certains établissements, il peut exister une convention avec le FIPHFP, un référent handicap, un plan handicap, des axes handicap dans le cadre des documents uniques ou les CLACT, des postes réservés ou aménagés, des instances où ces questions peuvent être abordées et évaluées. Pour les directeurs-rices, il n'y a rien. Ce qui est d'ailleurs aussi inquiétant en termes culturels pour l'ensemble des agents que nous encadrons.

Dans ce contexte défavorable aux directeurs-rices en situation de handicap, l'UFMICT-CGT appelle à une véritable

politique nationale de prévention du handicap, pilotée par le CNG et le Comité Consultatif National représentant les directeurs-rices avec sa F3SCT et en lien avec l'ensemble des établissements. Les aménagements des épreuves des concours, des postes de travail, des locaux de travail, les formations, l'accompagnement au retour à l'emploi et le suivi des directeurs-rices en situation de handicap, la lutte contre les discriminations pourraient constituer certains axes essentiels de cette politique de prévention et d'accompagnement du handicap. L'existence d'un référent handicap serait utile au niveau du CNG, ainsi que la communication publique d'un bilan annuel sur la politique du handicap du CNG. ■

► **Proposition n°104** : Des postes réservés et aménagements de postes pour les directeur-riche-s de retour de longue maladie ou CITIS, CLM/CLD, ou en situation de handicap, hors reclassement. Un accès effectif à la médecine du travail à l'ensemble des directeur-riche-s.

► **Proposition n°105** : Une proposition d'une convention pluriannuelle entre le CNG et le FIPHFP pour mettre en œuvre des actions ciblées. Une véritable politique nationale de prévention du handicap.

► **Proposition n°106** : Une campagne de lutte contre toutes les formes de discrimination des directeur-riche-s, notamment le handicap, l'état de santé, les origines, l'orientation sexuelle, le sexe, l'âge, l'activité syndicale... Notamment dans les établissements, au CNG et ARS.

LA DÉLÉGATION DE GESTION AUX PÔLES EST UN OUTIL MANAGÉRIAL DE L'AUSTÉRITÉ BUDGÉTAIRE QUI NE DOIT PAS MASQUER LA RESPONSABILITÉ DE L'EFFONDREMENT DES HÔPITAUX

La délégation de gestion aux pôles est un vernis attractif du management. Les « Chefs » et acteurs du pôle peuvent participer à la prise de décision, ils ont l'impression d'une plus forte responsabilisation et d'une autonomie. La contractualisation interne est développée, avec des indicateurs et des objectifs. Malgré la bureaucratie accrue, tout cela paraît intéressant pour les acteurs au plus proche du terrain.

Cette délégation de gestion aux pôles est l'un des changements décidés par l'Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et la Loi n°2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires du 22 juillet 2009 HPST dont le bilan de ces 20 années SARKOZY, HOLLANDE et MACRON ont conduit au désastre de nos hôpitaux et de la santé publique en France. Malgré cet effondrement du système hospitalier connu par toute la population et relayé dans les médias, la délégation de gestion aux pôles continue à s'accélérer, voire certains établissements veulent renforcer cette pratique et organisation managériale.

La délégation de gestion aux pôles est un outil de l'austérité budgétaire :

En effet, cette délégation de gestion a pour objectif de renforcer la culture d'entreprise au sein de l'hôpital. La responsabilisation des acteurs du terrain a pour objectif, affiché ou non, d'une recherche de rentabilité et de meilleure maîtrise comptable. Cela induit également une approche commerciale, afin d'augmenter l'activité et les actes payés par les caisses de sécurité sociale.

L'autre effet de la délégation de gestion aux pôles est la division des équipes hospitalières. Il s'agit de casser l'unité de l'hôpital, d'apporter la culture du travail en silos. Ainsi, chaque pôle est exposé à son activité, comparée et comparable avec tous les établissements de France et potentiellement du Monde, aussi bien en termes de coûts que de recettes. Les remplacements, les recrutements, les investissements sont confrontés aux résultats des contrôles de gestion, y compris entre les équipes des différents pôles, et même entre services et unités.

Par exemple, un Chef de Pôle peut réclamer des investissements supplémentaires en invoquant les bénéfices de son Pôle, en pointant du doigt les déficits de ses collègues qui doivent se justifier afin d'obtenir du matériel biomédical. Si un pôle urgences/ réanimation/ bloc est déficitaire, le Chef de Pôle invoquera que les urgences sont la porte d'entrée de l'hôpital pour une majorité des hospitalisations, et donc des recettes.

Nous sommes dans des discussions de marchands et de division de l'hôpital afin que les plus forts obtiennent gain de cause au détriment de ceux qui sont déjà fragilisés financièrement ou bien qui ne savent pas se défendre. Les nouvelles primes d'intéressement collectif renforcent encore davantage cette division des équipes.

Dans ce contexte, la délégation de gestion est un outil de l'austérité laquelle est gérée au plus proche du terrain, avec une plus forte implication des équipes dans la gestion de la pénurie. Par exemple, les enveloppes de remplacement étant épuisées, les équipes doivent gérer l'absentéisme sans effectifs de remplacement supplémentaires. Si

l'enveloppe est épuisée, c'est car la gestion du pôle a été laxiste.

Toutefois, l'illusion de l'autonomie s'efface face à l'incapacité des pôles à gérer la masse salariale (les fonctionnaires et contractuels sont soumis aux lois et règlements nationaux), les achats dépendent de plus en plus de centrales d'achat nationales ou groupées, les actes tarifés au niveau national ne peuvent pas dépasser les capacités de travail et d'accueil des équipes et les besoins de la population dans un contexte concurrentiel. L'autonomie dans la pénurie est ainsi contradictoire.

Les marges de manœuvre possibles pour un pôle sont les suivantes : limiter les remplacements pour absentéisme, réorganiser les services pour baisser les dépenses soit en baissant les lits et les capacités des services et donc les effectifs nécessaires, baisser les consommations à la marge (énergie, consommables, médicaments...). Ou bien augmenter le nombre d'actes, soit en mieux codant les actes (traçabilité renforcée, codage plus ciblé...), soit en augmentant l'activité par une meilleure attractivité (communication, recrutements médicaux et activités nouvelles plus lucratives...), ce qui est également limité en termes de marge de manœuvre réelle. Dans les 2 cas, dépenses et recettes, cela vise à assurer une stabilité budgétaire. Il s'agit donc bien de gérer la pénurie au plus proche du terrain, et d'en faire porter la responsabilité aux acteurs du terrain.

Pour le Pôle, c'est une hausse du reporting à la hiérarchie. Une bureaucratie s'est développée, avec la multiplication des réunions, des données, des budgets par pôles. Les médecins et les cadres doivent gérer les comptes de l'établissement (activité et recettes versus dépenses et masse salariale) et en rendre compte à la Direction. L'organisation des soins devient secondaire. La délégation de gestion aux pôles a multiplié les tableaux excel, nouveau visage du management de l'hôpital public.

Quelle stratégie de la CGT face à cette délégation de gestion aux pôles de plus en plus développée?

Tout d'abord, la CGT peut dénoncer la délégation de gestion aux pôles et ses dérives aux niveaux national, régional, local. Dénoncer la culture d'hôpital entreprise.

La question de l'interlocuteur est posée pour les représentants syndicaux et les syndiqués. Soulignons que le Chef d'établissement est le seul responsable juridique de l'établissement. Dans ce cadre juridique, simple et clair, les syndiqués peuvent éviter de se perdre dans les réunions et échanges dilatoires et labyrinthiques des chefferies et réunions de pôle. S'il y a un sujet, c'est le Chef d'établissement qui doit en répondre et il ne peut pas se défausser sur les pôles. Donc la CGT peut poser les problèmes au CSE de l'établissement, écrire des courriers au Chef d'établissement pour bien les tracer.

Il est également important de refuser d'être instrumentalisé dans les réunions de dialogue de gestion, car c'est une perte de temps et de moyens. Nous n'avons pas les moyens en termes de temps et en militants pour être partout.

Les marges de manœuvre des pôles sont très réduites; participer à cette gestion de la pénurie, c'est également l'assumer indirectement. Enfin, nous ne sommes pas en cogestion.

Il est fondamental également de rester fermes et constants sur nos revendications (salaires, temps de travail, conditions de travail, santé au travail...). Trop souvent les réunions de pôles et dialogues de gestion visent à exposer la pénurie pour minimiser les difficultés et calmer les revendications. Par exemple, « vous voyez les enveloppes de remplacement sont épuisées et déjà dépassées »; ou bien « les crédits de formation sont largement consommés »; pour bien nous enfermer dans l'austérité budgétaire décidée pour le pôle. Par ailleurs, le développement de la délégation de gestion aux pôles suppose de bien vérifier les délégations de signature et les délégations de compétences, surtout si des procédures juridiques sont déléguées (par exemple la discipline, les procédures de recrutement...). La CGT peut alors contrôler l'application du droit, en particulier en vérifiant le respect de la réglementation et par la dénonciation d'éventuelles violations du droit.

Enfin, il est fondamental de communiquer par tracts, vidéos et tout support, sur nos revendications. En effet, notre communication syndicale dérange la communication institutionnelle de la direction (ou du pôle) laquelle vise à camoufler la réalité du terrain par une vitrine de projets et d'avancées. Ainsi, certains.e.s directeurs-rices veulent briller, pour assurer leurs carrières et obtenir des promotions, par le jeu hiérarchique et politique. Ainsi, la communication institutionnelle insiste sur le dévouement des équipes, les efforts de formation, les nouveaux investissements, les nouvelles activités, les partenariats associatifs avec les personnes les plus démunies du territoire et mettre un gros cœur sur l'hôpital dans les réseaux sociaux...

Les 12 heures, les manques d'effectifs, les glissements de tâches, les maladies professionnelles et les accidents du travail, les suicides et les décès, les événements indésirables graves liés aux soins, les plaintes et réclamations, les prises en charge dégradées des patients, le manque d'hygiène... tout cela n'intéresse pas réellement la communication institutionnelle des directions, bien au contraire.

La CGT peut également dénoncer les dérives du management des hôpitaux, par exemple avec le recours généralisé aux cabinets conseil, le turn-over des équipes de direction, les pratiques de management pathogène...

Ainsi la CGT est dans son rôle d'exposer au grand public l'effondrement du système hospitalier et de santé publique en France. Nos adhérents, nos fonctionnaires, les citoyens attendent ces revendications et cette médiatisation. ■

➤ LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ MENTALE EST SOUMIS À LA RIGUEUR BUDGÉTAIRE

➤ I- Trois constats : un financement à la main du Gouvernement, dont la complexité empêche la lisibilité par les acteurs de terrain, ayant pour grand objectif l'austérité budgétaire et l'activité

Le dispositif est essentiellement fondé sur des règles fixées par le Gouvernement. Les établissements publics de santé mentale sont financés dans le cadre de l'Objectif National Dépenses Assurance Maladie ONDAM ; essentiellement le dispositif est régi par un simple autre article législatif du Code de la Sécurité sociale (article L162-22-19). Le décret n°2021-1255 prévoit le mécanisme de financement, ainsi que des arrêtés; ce qui donne une marge de manœuvre assez importante au pouvoir exécutif pour modifier rapidement et graduellement les règles de financement à l'avenir. La transition 2022-2025 est en cours.

La complexité est le deuxième aspect de ce financement des établissements de santé mentale. Une multitude de dotations sont prévues en compartiments (populationnelle, activité, recherche, codage, qualité, activités spécifiques, transformation, nouvelles activités), alors que seules 2 dotations ont un réel poids financier : la dotation populationnelle 80 % de l'objectif et la dotation pour activité 15 %.

Au sein-même de ces dotations, il y a tellement de critères, de pondérations, que finalement seul le Ministère et ses polytechniciens ont la main sur les calculs et évolutions de ces enveloppes dont le montant est fermé au niveau national. Localement, au plus proche du terrain, il est complexe de comprendre ces calculs et formules mathématiques. C'est une technocratisation du financement dépossédant les acteurs du terrain de la réalité qu'ils vivent au profit d'administrateurs du Ministère ou des ARS.

Troisièmement, ce dispositif financier est également un outil de rigueur et d'austérité budgétaire. En effet, le but est de bien ceinturer les dépenses, avec des enveloppes fermées, en forçant les établissements à réaliser des économies ou à suivre les décisions ministérielles (projets dont le financement est décidé par la hiérarchie). Il est d'autant plus facile de fermer les vannes qu'il y a plusieurs tuyaux et possibilités d'accroître quelques budgets pour en diminuer d'autres. L'activité est également une source de financement non négligeable : donc on pénalise les services où l'activité n'est pas estimée suffisante, c'est alors la logique commerciale qui entre.

➤ 2- Analyse des dotations prévues : plusieurs petits tuyaux et 2 grands canaux dont les critères sont assez complexes

Tout d'abord, il y a les dotations de façade, la recherche (0,1 % du total des dotations), la qualité (0,6 %). Donc le but n'est pas de favoriser la recherche en santé mentale, en tous cas pas par nos établissements publics. Pour la qualité, c'est le service minimum, rien de quoi stimuler les efforts. Donc on voit bien que ce n'est pas la priorité du Gouvernement.

De plus, la dotation pour le codage vaut 0,2 %. Dans l'objectif

de développer une tarification à l'activité, un bon codage est souhaitable. Donc la dotation codage est faible et elle révèle qu'il y a bien un objectif d'activité derrière.

La dotation pour les activités spécifiques finance des projets aussi ambitieux que nécessaires pour la population, même si la liste est très précise tels que : les unités mère-bébé, la réhabilitation psychosociale, le psychotraumatisme, les troubles du comportement alimentaire, l'autisme, les équipes mobiles de précarité ou personnes âgées, la Permanence d'accès aux soins de santé PASS en psychiatrie, les auteurs de violences sexuelles, les suicides. Il y a tant d'actualités, mais cette dotation vaut pour 2 % du financement des établissements et les montants sont déduits de la dotation populationnelle.

Donc finalement cette dotation pour activités spécifiques c'est du saupoudrage, pour faire croire qu'il y a une volonté réelle de prendre des sujets de santé publique en main, mais sans véritables financements spécifiques. En plus les dotations sont plafonnées, paradoxalement dans un contexte exigeant des marges importantes en raison des évolutions rapides de la population.

La dotation pour transformation est un peu un fourre-tout et prévoit le financement d'activités non prévues par les autres dispositifs (majoration et sujétions des heures de nuit du personnel, autisme, neuro-développement, l'accueil familial thérapeutique, renforcement de la pédopsychiatrie, stimulation neuro-cérébrale...). Cela vaut 1 % et donc c'est résiduel.

Il reste une dotation pour les nouvelles activités, 1%, donc un autre domaine anecdotique, pour financer les appels à projet (décidés par la hiérarchie régionale ou nationale). Donc les établissements se ruent sur ces appels à projet afin de financer des postes de travail, souvent déjà existants, sur quelques mois ou années. Les établissements qui répondent aux appels à projet sont bien vus par les ARS. Mais derrière, les montants alloués sont dérisoires. Ces appels à projet nécessitent beaucoup de travail interne pour les monter et répondre aux critères, puis démontrer la bonne application et le suivi du projet avec une foule d'indicateurs et de tableaux Excel. Cela sert également à donner des arguments de communication aux élu.e.s, ARS, établissements : nous faisons des projets ambitieux pour la population ! Avec 1 % on va loin...

➤ 2-1 Une dotation populationnelle figée pour 5 ans et dépendant de critères obscurs et peu pondérés

La principale dotation populationnelle est une enveloppe fermée, nationale, et chaque région a ses propres critères lesquels ne sont pas identiques d'une région à une autre. C'est donc l'ARS qui a une partie de la clé, avec le Ministère au-dessus. Les critères sont revus tous les 5 ans, ce qui n'est pas non plus très dynamique, compte-tenu de notre expérience récente du COVID-19 ayant eu un grand impact dans la santé mentale sur déjà 5 années.

Le premier critère est le nombre d'habitants par région. Curieusement la réforme des régions a apporté une évolution des régions paradoxale : certaines régions sont restées inchangées (Corse, Centre, Bretagne, Pays de la Loire...) alors que d'autres sont devenues gigantesques (Grand Est, Auvergne Rhône Alpes, Hauts-de-France, Occitanie...). Or la démographie des territoires est très variable entre les villes et les campagnes, certaines zones attractives et d'autres en crise. Ainsi au sein même d'une grande région, il y a des évolutions contradictoires : baisse de la population dans un département et forte hausse ailleurs. Or le critère n'est pas le nombre d'habitants par territoire de santé, ou bien par département, mais par région, ce qui noie les réalités et évolutions locales. Même si le rôle des ARS sur une adaptation au plus proche des territoires serait possible.

Il est également prévu une survalorisation de la population mineure pour la dotation. Certes la pédopsychiatrie a besoin de financements. Mais la gérontopsychiatrie est également une réalité de notre société pour laquelle il n'y aura pas de survalorisation. Et pourquoi ne pas avoir d'autres survalorisations (addictions, suicides...) ? En fait, il est possible que la France ne dispose pas d'une cartographie locale ou départementale des pathologies psychiatriques, ni des addictions, ni des suicides. Donc si l'idée d'adapter les financements aux réalités de santé mentale semble intéressante, nous en sommes très loin. Juste les régions les plus jeunes disposeront d'une petite marge financière en plus.

Le taux de densité de psychiatres libéraux et hospitaliers compte également pour baisser la dotation, ainsi que le taux de population sous le seuil de pauvreté dans la région pour l'augmenter, ainsi que le taux de personnes vivant seules dans la région pour la baisser. Donc plus une région a un taux de personnes vivant seules, plus cela baissera la dotation populationnelle, ce qui est assez curieux car les patients en psychiatrie sont souvent des personnes isolées selon les constats de nombreux soignants. Ainsi le choix des critères et la répartition de leur pondération posent questions. Comment contrôler les données, quelle pondération juste ? Et ces taux ne sont modifiés que tous les 5 ans.

Le dernier critère est également interrogatif, il s'agit du taux de places dans le secteur médico-social pour les pathologies psychiatriques. Comment est-ce que ce taux est-il calculé ? Est-ce que ce n'est pas admettre qu'en cas de secteur médico-social plus développé, la psychiatrie serait rabaissée ? Comment savoir en EHPAD ou en handicap quelles places sont exactement liées à des pathologies psychiatriques ?

Normalement le secteur médico-social ne se substitue pas à un établissement psychiatrique, mais le manque de lits et de places en psychiatrie pousse des personnes à être prises en charge en EHPAD ou dans des structures médico-sociales. Or cela interroge en termes d'objectifs, de moyens et de formations du secteur médico-social.

2-2 L'activité et la rigueur budgétaire : principaux objectifs du Gouvernement pour nos établissements de santé mentale

Pour la dotation File Active, la réactivité est annuelle avec des grilles de pondération de file active par établissement. Oui, c'est plus rapide et instantané (ce n'est pas tous les 5 ans). On reprend le nombre de patients, classé en catégories, en formes d'activités (atelier thérapeutique, hospitalisation à domicile, temps plein...), par âges, en pondérant selon les modalités de prise en charge (prévues par arrêtés, donc facilement modifiables pour le temps complet, le temps partiel, l'ambulatoire). Toute ressemblance avec la Tarification à l'Activité T2A est malencontreusement fortuite. La durée de prise en charge est calculée sur l'année civile (les journées, les venues, les actes réalisés). On en vient aux actes, au forfait soins sans consentement et majorations jeunes adultes et gérontopsychiatrie ou crise /réhabilitation (à condition que l'ARS ait validé les activités). Pour l'ambulatoire, ce sont des forfaits avec majorations possibles. L'enveloppe est également fermée au niveau national, donc la forte activité des uns peut faire baisser la dotation des autres.

Or la dotation à l'activité est modifiable d'une année sur l'autre alors que les dépenses de personnel sont fixes et augmentent d'une année sur l'autre, tandis que l'inflation augmente les prix des achats. Ce qui oblige les établissements à prendre des mesures d'austérité (suppression de postes, de lits, réduction des achats...) afin de ne pas se retrouver coincés par un effet-ciseau privant l'établissement de marges de financement des investissements.

Dans ce système de promotion de l'activité, le risque est de réduire le patient à un chiffre, à un nombre, avec une durée, une modalité de prise en charge (complet, ambulatoire). On se soucie moins de la qualité de la prise en charge. Est-ce que le patient va-t-il mieux après son séjour ? Est-ce que le patient a-t-il bénéficié d'un temps médical adapté ? D'une prise en charge médicamenteuse satisfaisante ? Est-ce que le personnel a-t-il pu disposer de temps d'écoute suffisant avec le patient ?

Ce qui compte pour la hiérarchie, ce n'est pas la qualité de la prise en charge et l'organisation des soins, ni la disponibilité du personnel pour le patient mais uniquement des données mathématiques. C'est le tableau Excel qui compte. Pas le projet de soins. Et mettre des individus aussi différents et complexes dans quelques cases, c'est très réducteur des réalités de terrain. L'essentiel du travail des professionnels de santé sera alors de tracer leurs actes. La pertinence de la prise en charge est mesurée à la durée, au mode (hospitalisation complète, ambulatoire...), aux actes... à des données financières.

En effet le but est bien de développer l'activité, avec des tarifs et des typologies moins onéreuses qu'il s'agirait prochainement et potentiellement de renforcer avec les prochaines annonces de rigueur budgétaire : l'ambulatoire, le temps partiel, la durée de séjour. Avec de possibles dérives observées avec la T2A (les actes réalisés, les tarifs...).

Allons jusqu'au bout de la logique budgétaire, qu'est-ce qui coûterait le moins cher pour les finances publiques à court terme ? C'est lorsque le patient n'est pas hébergé, qu'il reste chez lui, qu'il ne consomme pas de médicaments, que les établissements ferment les services et leurs lits. La mort de la psychiatrie publique est ce qui est le moins cher pour le budget, à court terme, et nous y allons tout droit avec toutes les fermetures de lits, d'unités et l'organisation

programmée de la carence des professionnel.les. Les tickets modérateurs sont également déjà en place.

Donc il y a bien un but politique de rentrer les établissements dans une logique uniquement budgétaire et commerciale. C'est une adaptation aux évolutions décidées par des technocrates au pouvoir qui n'ont qu'un objectif financier en vue, et non pas des motifs de santé publique. ■

➤ **POUR UNE VÉRITABLE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT DES CONSOMMATEUR-RICE.S DE DROGUES !**

➤ **Une hausse des consommations de drogues est redoutée par les autorités publiques**

Nous vivons un boom des consommations de drogues ces dernières années en Europe. Selon le rapport européen sur les drogues 2023 élaboré par l'Observatoire des Drogues et Toxicomanie, l'Union européenne a retracé 6 166 décès par surdose en 2021. Ce chiffre provisoire est sous-estimé. A noter que 74% des surdoses mortelles dans l'Union européenne étaient alors liées aux opioïdes et que 79% des décès sont des hommes âgés en moyenne de 42 ans. Ajoutons en mortalité, les suicides, les accidents, les violences.

Le cannabis est la principale substance illégale consommée en France avec 850 000 consommateurs quotidiens, selon le rapport Drogues et Addictions Chiffres Clés de l'Observatoire français des Drogues et des Tendances addictives OFDT en 2022. En hausse constante ces dernières années, la cocaïne est la seconde drogue consommée en France, avec près de 600 000 consommateur-ric.e.s dans l'année. Ce sont beaucoup de jeunes adultes qui sont concerné.e.s. Certains secteurs professionnels sont plus exposés (culture, hôtellerie, restauration...). Selon l'Observatoire français des Drogues et des Tendances addictives OFDT en 2022, 10 000 hospitalisations par an seraient liées à la cocaïne; curieusement l'OFDT ne communique pas le total des hospitalisations liées aux drogues en France.

Parmi d'autres indicateurs de cette montée de l'usage de drogues, le chemsex toucherait 20% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (rapport chemsex pour le Ministre de la Santé 2022), avec des addictions reportées, dans un contexte de quasi-absence de politiques publiques.

L'inquiétude s'intensifie avec les premiers signes de l'arrivée en Europe de drogues plus dangereuses, les opioïdes de synthèse, en particulier le fentanyl ou les nitazènes. En 2021, 140 surdoses liées au fentanyl ont été répertoriées dans l'Union européenne (rapport Observatoire, 2023).

Le fentanyl est responsable de près de 2/3 des décès, soit plus de 70 000 morts aux Etats-Unis en 2022, d'après les données du Centers for Disease Control and Prevention CDC. Les Etats-Unis vivent ainsi une épidémie de surdoses avec près de 109 680 morts en 2022 (données provisoires CDC), ainsi que le Canada. Chaque jour aux Etats-Unis, une moyenne de plus de 300 personnes décèdent par surdoses.

A noter qu'une majorité de consommateurs de fentanyl ont débuté la consommation à leur insu.

Pour mesurer la crise étasunienne, en France cela signifierait au moins 37 fois plus de décès par surdose qu'aujourd'hui, soit plus de 22 000 morts potentiels par an (en lien avec 503 surdoses en 2019 selon l'OFDT en 2022).

Or à la veille de ce potentiel basculement de l'Europe vers une épidémie de toxicomanie et de décès par surdoses, nos politiques de prévention sont déjà inefficaces en France. Inefficaces, car certaines consommations augmentent fortement au sein de la jeunesse.

Les structures médico-sociales et sanitaires sont déjà très affaiblies et ne seraient pas prêtes pour répondre à une hausse des consommateur-ric.e.s de drogues

En France, la Stratégie Interministérielle contre les Pratiques addictives (SIMCA) n'a quasiment rien de concret en pistes d'action pour les années 2023/2027 en matière d'accès aux soins, à part des mots creux tels que sensibiliser les professionnel.les de santé, former des IPA en addictologie. Est-ce efficace ?

Ce n'est pas une SIMCA dont nous avons besoin, mais d'une GTI, d'une Turbo. Ainsi, il n'y a quasiment rien sur l'accès aux soins dans cette SIMCA, aucun objectif quantifié, c'est juste de la littérature ministérielle sans contenu sanitaire.

Pour preuve de ce manque d'intérêt politique, et de centralisation et d'organisation de lutte contre les drogues, il n'y a pas de cartographie nationale et affichée sur le territoire de l'accès aux soins pour des consommateur-ric.e.s et personnes toxico-dépendantes. Il y a aussi un manque de données statistiques sur le nombre de personnes hospitalisées en addictologie (ambulatoire, de jour, nombre de lits...), et sur le public accueilli (nombre, âge, sexe, catégories socio-professionnelles, drogues concernées...). L'absence de données sur le sevrage illustre le manque d'intérêt des autorités publiques, caractérisé par l'absence de centralisation et de diffusion des données.

A l'inverse, le Portugal est reconnu comme un modèle de lutte contre l'usage de drogues et la toxico-dépendance depuis 2001. Le succès du modèle portugais, c'est

surtout la définition de stratégies intégrées (prévention, dissuasion, réduction des risques, traitement, réinsertion sociale), la planification d'actions, la conduite coordonnée des politiques par une administration ad hoc du Ministère de la Santé. Sa limite a été le manque de moyens financiers programmé par l'austérité budgétaire européenne. Selon les chiffres du SICAD (Service d'intervention dans les conduites addictives et les dépendances portugais), il y a eu 38 morts par surdoses en 2017 au Portugal à comparer avec les 369 décès de 1999. Evidemment toutes les données de santé publique sont compilées et diffusées (nombre d'hospitalisations, sevrages...) aux niveaux municipal et national. Néanmoins, le Portugal est également concerné par les hausses des consommations de cocaïne, à un niveau sensiblement moindre cependant que l'Espagne ou la France et de nombreux pays européens.

En France, selon les données de l'OFDT, en 2019, 400 Centres de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie CSAPA (4 800 équivalents temps plein), des services d'addictologie dans les établissements de santé, 150 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues CAARUD (950 équivalents temps plein) prennent en charge les addictions, dont 20 % sont des patients consommateur-rices de cannabis, 14 % d'héroïne, 5 % de cocaïne, et 6% autres, une majorité sur l'alcool et le tabac.

Nos établissements de santé sont déjà affaiblis et démunis d'une capacité d'action dans la prévention, l'accompagnement et le traitement des personnes toxico-dépendantes. Plusieurs CSAPA sur le territoire sont en souffrance et ne tiennent que sur la bonne volonté et l'engagement de professionnel.les en nombre insuffisant et mal payés (exclusion du CTI). Quant aux politiques de santé publique sur la toxicomanie, le secteur privé ne s'y attèlerait qu'en cas d'une action positive du Ministère de la Santé et qu'avec l'accompagnement de subventions intéressantes et rentables.

A noter que dans un département aussi peuplé que le Var (1 095 000 habitants), il est quasiment impossible d'avoir accès à un sevrage pour cocaïne dans le département. Alors que la consommation de cocaïne y augmenterait. Il n'y a d'ailleurs aucune possibilité de sevrage hospitalier de plus de 7 jours. Le sevrage se fera généralement en-dehors du département, avec une attente de plus d'un mois et demi.

Dans le Var, ainsi que dans la plupart des territoires de France, il manque ainsi des lits d'hospitalisation en addictologie. Il n'y a pas suffisamment de psychiatres. De plus, les conditions d'accueil humaines et confortables sont absentes afin que le patient ne soit pas accueilli dans un environnement dégradé, vétuste, humiliant, repoussant et stigmatisant.

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les directeur-rices d'hôpital n'ont aucune formation spécifique sur le sujet; elles et ils ne s'y intéresseraient que si un médecin pilotait un projet, avec un soutien financier et programmé de l'ARS.

L'usage de drogues devrait relever exclusivement de la compétence du Ministère de la Santé, le casier judiciaire devrait être aboli

Notre politique de traitement des consommateur-rices de drogues est trop orientée vers la Justice et pénalise les personnes toxico-dépendantes. Aujourd'hui les usagers de drogues peuvent être poursuivis par le Ministère de la Justice, avec le rôle des Procureurs de la République et les injonctions thérapeutiques et stages de sensibilisation. En 2022, 22 708 personnes ont reçu des ordonnances de mesures de stages de sensibilisation, selon l'OFDT.

En France, selon l'OFDT, en 2022, 251 400 infractions pour usage de stupéfiants ont été enregistrées. Selon l'OFDT, en 2021, 58 034 condamnations pénales ont été inscrites au Casier judiciaire national pour une infraction à la législation sur les stupéfiants, dont 43,4 % pour usage illicite, et 51,1% pour détention-acquisition ; 28,4 % des personnes sont condamnées à des peines pénales autres que des amendes.

En peine alternative à l'incarcération ou en sursis probatoire à la prison ferme, des obligations de soins, et stages de sensibilisation sont possibles. En 2018, 2 251 personnes ont été condamnées à une peine d'emprisonnement ferme pour usage seul de stupéfiants (selon l'OFDT Tendances avril 2021).

Au Portugal, la contravention de la détention d'une faible quantité de drogues justifie le transfert du consommateur de la police vers une autorité dépendante du Ministère de la Santé. Il n'y a pas de casier judiciaire pour usage de drogues et encore moins de peines de prison. Les trafiquants, les détenteurs de fortes quantités de drogues y sont par contre poursuivis par la Justice.

En ce qui concerne l'usage seul de drogues, je crois que la consommatrice ou le consommateur de drogues ne devrait pas être emprisonné.e. La consommatrice ou le consommateur de drogues ne devrait pas être condamné.e à des peines pénales. L'usager de drogue devrait être accompagné dans ses choix thérapeutiques, s'il le souhaite.

De plus, la consommatrice ou le consommateur de drogues ne devrait pas avoir un casier judiciaire. En effet, le casier judiciaire, n'est qu'une trace d'un passé et ne correspond pas à une consommation de drogues au présent ; il ne détermine pas non plus l'usage problématique ou non des drogues. Le casier judiciaire stigmatise la personne pendant plusieurs années, et peut l'exclure du travail (recrutement, évolution de carrière, licenciement). Le casier judiciaire pour usage de stupéfiants est une double peine, notamment pour l'accès à certains emplois publics et parfois certains emplois du secteur privé. D'autant plus qu'il n'y a pas non plus de lien entre usage de drogues et fautes professionnelles à l'égard des patients, des résidents ou des usagers, ayant pour preuve l'expérience de 23 ans du Portugal.

En effet, dans les établissements publics de santé et médico-sociaux, le casier judiciaire est exigé lors du recrutement et peut être consulté tout au long de la carrière de l'agent.

Ainsi, certains recrutements n'ont pas lieu, certains agents sont également sanctionnés, voire licenciés. L'employeur peut consulter le casier judiciaire sans prévenir l'agent. Il en va de même pour les ordres professionnels (infirmiers, médecins, dentistes, pharmaciens). Le casier judiciaire est également exigé pour le secteur de la petite enfance, ainsi que les métiers d'ambulanciers, de secouristes, les professionnels des laboratoires médicaux, les salariés de l'aide à la personne et des personnes âgées.

Ainsi, il est temps que les personnes toxico-dépendantes soient exclusivement accompagnées par des professionnels de santé, sans intervention de la Justice.

Il est temps que les personnes toxico-dépendantes ne soient plus stigmatisées pour leurs consommations de drogues dans leurs casiers judiciaires. Il est temps que les usagers de drogues n'aient plus peur d'appeler les services publics lorsqu'ils ou elles en ont besoin (secours, services de santé, pompiers, police, gendarmerie...), ou de parler de leurs addictions aux professionnels des services de santé au travail lorsqu'ils existent.

Les professionnels des DRH et des services de santé au travail ne sont pas formés, ni organisés pour répondre aux besoins d'accompagnement des professionnels usagers de drogues

Aborder la consommation de drogues en milieu professionnel, et en particulier dans la santé et l'action sociale, est tabou en général. Cela, aussi bien par les acteurs de l'établissement ou de l'entreprise que des consommateurs de drogues.

D'ailleurs, les directeurs sont souvent peu intéressés par un accompagnement de ces professionnels consommateurs de drogues. Ce n'est d'ailleurs pas une priorité de la hiérarchie, à l'instar de la santé au travail. Les directeurs sont également démunis d'outils.

De plus, les médecins du travail sont de moins en moins nombreux et n'ont pas les moyens d'accompagner ces professionnels, comme d'ailleurs l'ensemble des professionnels de la santé et de l'action sociale. La santé au travail est abandonnée dans l'ensemble du pays. Rares sont les professionnels de santé qui voient un médecin du travail tous les 2 ans comme le prescrit la réglementation. Certains collègues qui travaillent la nuit depuis des années ne voient jamais un médecin du

travail. Quant aux addictions, certains médecins du travail semblent dépassés selon les témoignages d'agents, de cadres ou de psychologues du travail.

La prévention des drogues en milieu professionnel est quasi-nulle, malgré les risques professionnels (accidents de trajet...). Les possibilités d'accompagnement, d'aménagement de poste ou de changement d'affectation sont faibles. Le congé maladie, la sanction, le licenciement ou la fin de contrat étant souvent les seuls outils utilisés par les DRH en cas d'usage problématique des drogues par un.e professionnel.le.

Signe de ce désintérêt, le dispositif national ESPER (les Entreprises et les Services Publics s'Engagent Résolument) n'a en 2023 que 2 établissements hospitaliers publics signataires (sur les 1 347 entités publiques de santé), alors qu'il s'agit d'un socle minimal d'outils pour la prévention des addictions en milieu professionnel (charte, boîte à outils, newsletter et réunions), donc rien de très ambitieux.

Nous exigeons d'avoir des directions concernées par la toxico-dépendance au sein de nos établissements et de s'impliquer avec des actions concrètes de prévention et d'information sur les possibilités de réduction des risques et de traitement.

Nous revendiquons que les professionnels bénéficient d'un suivi par les services de santé au travail à la hauteur des enjeux et de la loi. Nous demandons une réflexion sur des dispositifs adaptés d'accompagnement des personnes toxico-dépendantes.

En conclusion, face à la hausse de certaines consommations de drogues, il est temps d'avoir une véritable politique d'accompagnement des usagers de drogues par le Ministère de la Santé. Il est fondamental de ne plus emprisonner les usagers de drogues, d'abolir le casier judiciaire. Nos structures de soins peuvent être renforcées par des moyens humains et financiers à la hauteur des enjeux. Les addictions concernent nos établissements, et en particulier les directeurs. Des politiques de gestion du personnel sont nécessaires avec des services de santé au travail revigorés. ■

Eric ROQUE
Directeur d'hôpital



Union Fédérale CGT des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens

Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact et/ou adhérer à la CGT.

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
E-mail :

» POUR ALLER PLUS LOIN...

Lien pour celles et ceux qui voudraient se syndiquer

» <https://rejoindre.ugictcgt.fr/>

» <https://www.cgt.fr/actualites/europe/industrie/environnement/reindustrialisation-les-candidates-aux-europeennes-repondent-la-cgt>

» <https://www.cgtetat.fr/vie-des-personnels/egalite-discrimination-harcelement/discrimination-libertes-syndicales/expressions/article/marches-des-fiertes-2024-la-cgt-appelle-a-y-participer>

» <https://www.cgtetat.fr/fonction-publique-163/reformes/projet-de-loi-fonction-publique-2024/>

» <https://www.cgt.fr/actualites/france/extreme-droite/face-lextreme-droite-il-est-minuit-moins-le-quart>

» <https://www.cgt.fr/documents/la-cgt-celebre-les-80-ans-du-conseil-national-de-la-resistance>

» <https://www.cgt.fr/dossiers/coupes-budgetaires-de-10-milliards-la-cgt-dit-non>

» UFMICT-CGT COLLECTIF DIRECTEURS ET DIRECTRICES



01 55 82 87 57



<https://syndicoop.fr/ufmict/category/directeur-trice/>



UFMICT - Collectif directeurs santé CGT



Thomas Deregnaucourt

Directeur d'établissement (EPDSAE)

07 89 24 64 33 - thomas.deregnaucourt@gmail.com



Sylviane Battajon-Pani

Directrice d'hôpital (EPSM)

06 99 12 60 71 - sylvianepani@yahoo.fr



Eric Roque

Directeur d'hôpital
DRH Centre Hospitalier Henri Guérin

06 66 82 68 32 eric.roque.cgt@gmail.com