

**« Pour un nouvel élan  
de La psychiatrie Française,  
vers une politique de santé mentale »**

***Analyses et propositions***

**Fédération CGT Santé Action Sociale  
Confédération Générale du Travail**



# PLAN

	page
<b>PRÉFACE</b> <b>(Nadine PRIGENT, Secrétaire Générale de la Fédération CGT Santé Action Sociale)</b>	5
<b>INTRODUCTION</b>	7
<b>Chapitre I :</b> <b>LE SERVICE PUBLIC DE PSYCHIATRIE - EVOLUTION – ETAT DES LIEUX</b>	9
<b>1 - Evolution des structures et modes de prises en charge</b>	10
1 – 1 - Hospitalisation temps plein et prise en charge à temps partiel	10
1 – 2 – La Prise en charge ambulatoire et les Centres Médico-Psychologiques (CMP)	11
1 – 3 - Incidences sur les pratiques soignantes	11
1 – 4 – accréditation et protocolisation, une aberration pour la psychiatrie et un mépris pour l'intelligence des soignants	12
<b>2 – Nouveau cadre imposé pour la psychiatrie dans le schéma d'organisation sanitaire et la réforme hôpital 2007</b>	12
2 – 1 - La mort programmée du secteur psychiatrique	13
2 – 2 - Le glissement vers le médico-social et le social.	13
2 – 2 – 1 – Vers le social	
2 – 2 – 2 – Vers le médico-social	
2 – 2 – 3 – Vers les maisons de retraites	
2 – 2 – 4 – Les conséquences budgétaires sur ces transferts	
2 – 3 - La réforme HOPITAL 2007	14
2 – 4 - La psychiatrie et l'hôpital général	15
2 – 5 – La psychiatrie dans les Unités pour Malades Difficiles (U.M.D.)	15
2 – 6 – La psychiatrie dans les DOM	16
2 – 6 – 1 - La situation	
2 – 6 – 2 - Les situations d'urgences	
2 – 7 – La place de la psychiatrie privée (lucrative ou commerciale)	17
2 – 7 – 1 - Quelques principales caractéristiques	
2 – 7 – 2 - Comment la psychiatrie privée se positionne-t-elle ? En complémentarité ou concurrence avec le service public ?	
<b>CHAPITRE 2 :</b>	19
<b>La CGT revendique un Plan d'Urgence pour la Psychiatrie</b>	
<b>1 – Création d'un conseil national de psychiatrie</b>	21
<b>2 – Une organisation sanitaire spécifique pour une discipline médicale spécifique</b>	21
2 – 1 – Bref historique et principe de la politique de secteur	22
2 - 2 – Maintenir l'organisation sanitaire spécifique de la psychiatrie, qu'est la politique de secteur	22
2 – 3 – Une nouvelle impulsion à la politique de secteur, pour lui faire franchir de nouveaux caps	24
2-3-1- Une nouvelle appellation d'Etablissement Public de Psychiatrie de Secteur (E.P.P.S.)	
Gestion de cet établissement public - Le Conseil d'administration serait démocratisé et mieux représentatif.	
2-3-2- La généralisation des conseils de santé mentale de secteur sur l'ensemble du	

# "Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"

territoire.	
2 – 4 - L'attribution d'une enveloppe nationale spécifique à la psychiatrie dans la loi de financement de la sécurité sociale, avec un contrôle de son attribution.	25
2 – 5 - La psychiatrie à l'hôpital général	25
2 – 6 - Une attribution des moyens, non pas en fonction de l'activité mais des besoins de la population.	26
2 – 7 - Inventer un outil d'évaluation pertinent qui mesurerait l'efficacité du dispositif et non un outil visant à niveler les soins sur un moins disant économique.	26
2 – 8 - Une planification spécifique à l'offre de soins en psychiatrie	27
2 – 9 - Créer des structures de soins nouvelles au plus près de la population	27
2 – 10 - La pédopsychiatrie	28
2 – 11 – Psychiatrie et vieillissement	29
2 – 12 - L'inter-sectorialité ne peut se concevoir que pour quelques prises en charges ciblées.	30
2 – 13 - La psychiatrie dans les services d'urgences	31
2 – 14 – La prise en charge sanitaire des détenus / la psychiatrie en milieu carcéral	31
2 - 15 – Psychopathologie et santé mentale au travail	34
2 – 15 – 1 - Les troubles psychopathologiques et le risque professionnel organisationnel psycho-social	
2 – 15 – 2 - Dans le domaine de la prévention de la santé mentale au travail, quelle coopération en réseau ?	
2 – 15 – 3 - Une obligation de santé et de sécurité au travail s'impose aux entreprises :	
2 – 15 – 4 - L'action d'analyse des risques et de prévention dans le domaine santé mentale ou risque psychosocial	
<b>3- Les acteurs de la psychiatrie.</b>	<b>37</b>
3 – 1 - Importance de l'équipe pluridisciplinaire en psychiatrie	38
3 – 2 – Les personnels non médicaux	38
3 – 2 – 1 - Depuis 20 ans la psychiatrie souffre d'une politique de suppression et de déqualification des emplois.	
3 – 2 – 2 - La reconnaissance de la pénibilité liée à la spécificité du travail en psychiatrie.	
3 – 2 – 3 – Rendre attractif le travail en psychiatrie	
3 – 2 – 4 – Garantir la mixité des équipes soignantes	
3 – 2 - 5 - Stopper la précarisation des emplois permanents	
3 – 2 – 6 - la place des différents professionnels en psychiatrie : ( - les aides soignants en psy - les infirmiers en psychiatrie - Les Cadres de Santé - les psychologues - les personnels sociaux éducatifs – Les personnels techniques et ouvriers en psychiatrie)	
3 – 2 – 7 - Transparence des recrutements.	
3 – 3 – La formation des personnels non médicaux	45
3 – 3 – 1 – La formation professionnelle continue	
3 – 3 – 2 - Les Infirmiers (voir point spécifique)	
3 – 3 – 3 – La formation des aides-soignants	
3 – 3 – 4 – La formation des psychologues	
3 – 3 – 5 - Les autres professionnels,	
3 – 3 – 6 - La promotion professionnelle	
3 – 3 – 7 - La VAE	
3 – 4 – la formation des infirmiers en psychiatrie	47
3 – 4 – 1 – Rétablir un statut de salariés en formation	
3 – 4 – 2 – Des mesures transitoires immédiates	
3 – 4 – 3 – Un plan national pluriannuel volontariste pour l'enseignement des soins	

# "Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"

infirmiers en psy	
3 – 4 – 4 - Une réforme nécessaire de la formation initiale	
3 – 4 – 4 – 1 – Une nouvelle organisation de la formation	
3 – 4 – 4 – 2 – Un enseignement partant de la conception des soins en psychiatrie	
3 – 5 - Les médecins	50
3 – 5 – 1 - Les postes de PH de psychiatres vacants dans les hôpitaux publics.	
3 - 5 – 2 – Des postes de psychiatres des hôpitaux pourvus par des médecins non formés à la psychiatrie.	
3 – 5 – 3 - Rendre l'exercice attractif dans le secteur public.	
3 – 5 – 4 - Soutenir l'installation dans les zones rurales ou difficiles.	
3- 6 - Les conditions de travail	51
3 – 6 – 1 - Réaffirmer le rôle des CHSCT	
3 – 6 – 1 – 1 – Créer des CHSCT pour les services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux	
3 – 6 – 1 – 2 – Cinq jours de formation CHSCT supplémentaire sur le risque de violence	
3 – 6 – 2 - Réaffirmer l'importance de la réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels	
3 – 6 – 3 – Reconduire le chantier de lutte contre la violence et pérenniser les moyens	
3 – 6 – 4 – Utiliser le fonds national de prévention de la CNRACL	
3 - 6 – 5 – Augmenter les moyens de la médecine du travail	
3 – 6 – 6 – L'effectif de fonctionnement	
3 – 6 – 7 – L'effectif minimum de nuit	
3 – 6 – 8 - ACTION : exercer le droit de retrait lors de tout exercice seul dans une unité de soins ou lors d'accompagnement. (Faire fiche)	
3 – 6 – 9 - La violence en psychiatrie n'est pas une fatalité,	
3 – 7 – la sécurité en psychiatrie	55
3 - 7 – 1 - la sécurité publique doit dépendre du préfet	
3 – 7 - 2 - la sécurité des soins doit être assurée par les personnels des établissements et plus particulièrement par des soignants et des éducatifs.	
3 – 7 – 3 – Les professionnels sanitaires et sociaux doivent rester indépendants des pouvoirs de police, même s'ils peuvent être amenés à collaborer	
<b>4 – Humanisation des conditions d'accueil et d'hospitalisation</b>	<b>56</b>
4 – 1 – Mener une politique d'investissement immobilier en psychiatrie (oublié de la modernisation des hôpitaux)	57
4 – 2 - Accompagner financièrement toutes les nouvelles mises aux normes	57
<b>5 – L'accès aux soins et le droit des malades</b>	<b>58</b>
5 – 1 - L'exonération du tiers payant	58
5 – 2 – Suppression du forfait hospitalier en psychiatrie	58
5 – 3 – La représentativité des associations des usagers,	58
5 – 4 – Un accès spécifique au dossier de soins	59
5 – 5 – Le droit au logement des patients	59
5 – 6 - Reconnaître les psychopathologies du travail comme maladie professionnelle	59
<b>POST-FACE</b>	<b>61</b>
<b>(Daniel PRADA, Membre de la Commission Exécutive Confédérale - Responsable du dossier politique de santé)</b>	
<b>COMMENTAIRES SUR LE DOCUMENT - Procès Verbal de débat</b>	<b>63</b>

*"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## PRÉFACE

La fédération, dans les suites de l'événement dramatique de Pau, a rapidement décidé d'écrire une plate-forme revendicative sur la psychiatrie et la santé mentale.

Celle-ci a été réalisée en concertation avec la confédération, car nous concevons qu'un sujet, la santé mentale, qui touche d'aussi près la santé et qui concerne de nombreux acteurs, doit être débattu avec un maximum de salariés.

Dans un premier temps, nous devons féliciter tous les acteurs militants et syndiqués qui ont permis par leur participation et leur investissement la rédaction du projet qui suit.

Ce document est celui de la CGT, il sera enrichi des débats qui auront lieu, il a pour but d'être un support pour animer les débats sur la réflexion et les propositions CGT au sujet de la santé mentale et de la psychiatrie.

Certaines de nos revendications sont nouvelles, d'autres sont portées depuis des années, elles ont en commun de porter l'ambition d'une santé mentale de haut niveau accessible à tous les usagers.

Il est certain que, dans le contexte actuel de mise en place de la réforme de l'assurance maladie, nos revendications vont à l'encontre de la logique libérale et économique de la gestion de la santé.

Il va de soi que nous avons besoin de connaître la teneur des débats et des réflexions qui en découleront, si nous voulons enrichir ce document. Porter des propositions alternatives en matière de santé dans les actions, c'est aussi donner aux salariés d'autres perspectives revendicatives.

Bonne lecture et bon débat.

**Nadine PRIGENT**  
**Secrétaire Générale**  
**Fédération CGT Santé Action Sociale**

*"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## INTRODUCTION

\*\*\*\*\*

En juin 2003, les Etats Généraux de la Psychiatrie, dont la CGT était pleinement partie prenante, avaient lancé un cri d'alarme, 22 mesures d'urgences et 4 motions ont été votées par les professionnels de la psychiatrie représentant l'ensemble de la discipline, privé, public, libéral, médico-social. Elles ont été remises au ministre de l'époque, Mr MATTEI, le 2 juillet 2003, par une délégation mandatée par les organisations organisatrices. Les ministres en charge des questions de santé n'en ont pas tenu compte. Ils ont tout fait pour étouffer ce cri de détresse et ont délibérément poursuivi la fragilisation du dispositif de soins de psychiatrie.

Notre colère est légitime car ces choix politiques, guidés par l'aveuglement économique, s'avèrent au bout du compte, absurdes et meurtriers et tournent le dos au bon sens et aux valeurs humanistes.

Malheureusement, le drame de Pau vient confirmer cette dégradation du dispositif de soins (isolement des soignants la nuit, insécurité, dégradation des conditions de travail, restrictions économiques, manque de personnel, perte du sens du travail en psychiatrie).

Après guerre, il y a une véritable réflexion sur la prise en charge des malades mentaux, une critique de l'univers concentrationnaire avec des personnes comme le Dr Lucien BONNAFE qui ont permis l'ouverture des asiles et la création de la psychiatrie de secteur pour être au plus près de la population, des familles.

Cette organisation nous a permis d'installer un véritable dispositif de soins de qualité, avec un travail en réseau (partenaires sociaux, élus de la population, institutions...) fait par une équipe pluridisciplinaire prenant en compte le patient dans sa globalité, dans son environnement, lui permettant une autonomisation et si possible une véritable insertion sociale.

C'est bien là l'originalité de la psy française. Cette politique de secteur doit désormais bénéficier des véritables moyens de son développement, comme le réclament depuis longtemps tous les professionnels, les usagers et leurs familles. Celui-ci doit notamment se faire dans le cadre du renforcement du service public de psy (lieux d'hospitalisation, CMP, travail en réseau, lieux de vie) et non dans le cadre d'une privatisation généralisée d'une politique ultra-libérale qui ne peut et ne pourra pas répondre sans discrimination aux besoins de la population.

**Une vraie politique de santé mentale avec un budget spécifique doit se mettre en place pour pouvoir installer une véritable politique de prévention au plus près des utilisateurs.**

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

La psy ne peut pas être une simple spécialité de la médecine française, aujourd'hui les choix politiques veulent retirer la spécificité du soin en psychiatrie.

L'insuffisance de formation pour cette prise en charge spécifique met en danger les personnels et les patients.

La médicalisation à outrance, se fait au détriment de l'approche psychothérapeutique, donc de la place du sujet et du travail de lien nécessaire avec l'environnement du malade pour que celui-ci ne bascule pas dans l'exclusion.

La faiblesse de la recherche clinique, à partir de la pratique des équipes pluridisciplinaires, laisse sur ce terrain les grands trusts pharmaceutiques en situation hégémonique. Face aux profits réalisés par celle-ci, il est indispensable que l'Etat joue un rôle de contrôle et de régulation pour que la recherche ne porte pas uniquement sur les débouchés immédiatement rentables. Sans nier l'apport des psychotropes dans la prise en charge de la maladie mentale, il est illusoire de penser que leur seule utilisation peut être suffisante. Il est dangereux pour les futures générations de réduire la formation des professionnels et la recherche à leur seule utilisation.

La politique de santé mentale, menée depuis 15 ans, élude la question des données sociales incontournables de ces dernières années, à savoir une augmentation de la population française de 15 millions de personnes, une augmentation du chômage et de la précarité, de l'exclusion et de la misère sociale, de la progression de l'isolement et du délitement des liens sociaux, du changement des techniques managériales dans les entreprises. Bref de l'augmentation de la souffrance psychique de la population, qui, selon les études de l'O.M.S., serait chez les Français plus importante que dans les autres pays européens. Ces deux éléments participent à l'augmentation de 60% du nombre de patients suivis.

Les professionnels de la psy ont dû assurer jusque là cette forte progression d'activité, avec des moyens toujours en diminution, avec beaucoup de courage et dans la plus grande indifférence.

50% des lits d'hospitalisation ont été fermés ces dernières années. Pendant ce temps, les prisons françaises regorgent de personnes nécessitant des soins en psy, et beaucoup de malades se retrouvent en situation d'abandon dans la rue ou dans des structures médico-sociales au rabais, sans projet thérapeutique ou éducatif.

**Aujourd'hui le travail quotidien en psychiatrie est ramené à l'acte, au service d'une gestion comptable sans prendre le temps de « penser » et de « panser » le soin.**

En ce qui concerne la santé mentale, la France a le plus mauvais chiffre par rapport aux suicides (jeunes et plus de 75 ans), la France est aussi en tête vis à vis de la prescription d'antidépresseurs et surtout un quart des Français souffre de troubles psychiques, 2ème cause de maladie après les affections cardiaques. Ces chiffres prouvent la nécessité d'une prise en charge de la santé mentale de haut niveau.

## Chapitre I :

\*\*\*\*\*

# LE SERVICE PUBLIC DE PSYCHIATRIE ÉVOLUTION – ÉTAT DES LIEUX

\*\*\*\*\*

Des budgets en baisse inférieurs à la progression des dépenses ont entraîné en psychiatrie, là où les dépenses sont constituées pour l'essentiel de dépenses de personnels, des suppressions massives de postes.

La pénurie de personnel qui en découle est aggravée pour les infirmiers par la suppression du diplôme spécifique d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP), la fermeture d'écoles et le passage à un statut non rémunéré des étudiants.

En ce qui concerne les psychiatres : instauration du numerus clausus pour les étudiants et de formation déconnectée de la réflexion clinique de terrain, 9 à 14% de psychiatres temps plein vacant en 2000 (enquête DRESS<sup>1</sup> n°48).

L'insuffisance de moyens alloués pour les 35 heures, le non remplacement des départs des retraités du « baby boom », les difficultés de recrutement dues à une perte d'attractivité pour la profession d'infirmières, d'aides soignantes, les bas salaires, ont aggravé ce sous-effectif et obligent les unités à fonctionner en effectif minimum de sécurité (celui qui est assigné en cas de grève et parfois même en dessous).

Ce manque de personnel encourage le non respect des règles statutaires par des directions amenées à gérer la pénurie.

Les directions ont recours aux emplois précaires, intérim, et aux contrats atypiques dans la fonction publique hospitalière (CDD, CDI, ...) pour remplacer le personnel manquant.

Tout cela entraîne, outre une baisse de la qualité des soins, une dégradation des relations sociales qui génère une montée de la violence, un climat d'insécurité et de tension (stress et souffrance au travail).

Les services ouvriers et logistiques sont touchés de plein fouet par les réductions d'effectifs. Des prestations de toutes natures sont sous-traitées (ménage, entretien des locaux), les services logistiques sont privatisés (cuisines, lingerie, ...).

---

<sup>1</sup> DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (série études et résultats)

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

**L'aspect économique de ces restructurations guide les nouvelles orientations de la psychiatrie.**

Les neurosciences, l'intersectorialité généralisée amènent à un saucissonnage de la psychiatrie en spécialités : conduites additives, prise en charge des adolescents, anxiété et dépression, personnes en état de précarité, soins psychiatriques en milieu pénitentiaire ...

Alors que la France est avec l'Allemagne le berceau de la psychiatrie, une redéfinition du classement des maladies psychiatriques sur le modèle anglo-saxon a été imposée par l'Organisation Mondiale de la Santé sous la pression des laboratoires pharmaceutiques. La notion de maladie mentale est remplacée par celle de troubles, les thérapies d'inspiration psycho-analytique prenant en compte la dimension du sujet, sont remplacées par des thérapies courtes, comportementales, la molécule, le génie génétique sont présentés comme solutions « miracles », ce discours étant élaboré et véhiculé par les laboratoires pharmaceutiques qui ont envahi depuis longtemps le champ de la formation médicale et paramédicale.

## **1 - Evolution des structures et modes de prises en charge**

Durant l'année 2000, les 830 secteurs de psychiatrie générale ont suivi plus d'un million de patients adultes, ce nombre est en augmentation régulière de 5% par an et donc de 62% de 1989 à 2000 (enquête DREES).

### **1 – 1 - Hospitalisation temps plein et prise en charge à temps partiel**

L'évolution des prises en charge à temps complet est caractérisée par une diminution de la capacité en lits de 49% en 11 ans de 1989 à 2000.

Dans le même temps, le nombre de patients hospitalisés dans l'année a augmenté de plus de 15% entre 1989 et 2000 (enquête DRESS), tandis que la durée moyenne de séjour est passée pour la même période de 86 jours en moyenne à 45 jours.

On constate que ces diminutions de capacité en lits entraînent des sorties prématurées de patients, altérant la qualité des soins avec des conséquences graves sur le suivi des patients, notamment entraînant une augmentation des hospitalisations sous contrainte, ainsi qu'un transfert de ces patients vers le social et médico-social.

Pour les personnels, la charge de travail est considérablement augmentée par l'accroissement du turnover des patients.

Ces changements de capacité en lits qui devaient être compensés par la création et le développement de structures alternatives, notamment à temps partiels (hôpitaux de jour – CATTP<sup>2</sup> – hôpitaux de nuit) ne l'ont été que de manière très relative : le nombre de places dans ces structures n'ayant augmenté que de 1,46% alors que, là aussi, le nombre de patients suivis, par exemple en CATTP a triplé en douze ans. Certaines structures alternatives à l'hospitalisation sont mêmes fermées ou menacées de fermeture.

---

<sup>2</sup> CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

## **1 – 2 – La Prise en charge ambulatoire et les Centres Médico-Psychologiques (CMP)**

La prévention et les soins dans le domaine de la Santé Mentale donnent lieu à des interventions essentiellement ambulatoires. Cette modalité de prise en charge concerne 85% des patients suivis. Elle est assurée principalement par les CMP pivot du dispositif de secteur.

Cette évolution, avec l'accroissement massif des prises en charge, n'a pas été accompagnée des créations nécessaires de postes de professionnels qualifiés (médecins, personnels paramédicaux et psychologues, personnels de rééducation).

La logique de gestion comptable du système de soins, la réforme des études infirmière et de psychiatre, le numerus clausus et les quotas dans les écoles sont en grande partie à l'origine des carences dans la réponse aux besoins de la population, voire même d'une régression dans la qualité des prises en charge.

Sans moyens supplémentaires suffisants, les nouveaux dispositifs de soins (Urgence psychiatrique, adolescents...) se sont mis en place par redéploiement de moyens (fermeture de lits, suppression d'emplois...).

Il s'ensuit des listes d'attente pour les consultations des médecins et des psychologues dépassant parfois les trois mois. On mesure les conséquences de ces délais pour tous les patients, en particulier pour les enfants quand un long travail a été effectué pour convaincre la famille de la nécessité de consulter et pour les adolescents quand, après avoir longtemps hésité, ils ont pris la décision de venir au CMP.

Le développement du travail de Prévention effectué par les professionnels à partir des CMP (travail du réseau avec les médecins de ville, les entreprises, la police, les crèches, PMI<sup>3</sup>, écoles, ASE<sup>4</sup>, université, CCAS<sup>5</sup>, ...) est également compromis. Or, il s'agit d'un travail essentiel qui permet d'éviter une psychiatisation et des hospitalisations ultérieures.

## **1 – 3 - Incidences sur les pratiques soignantes**

Face à la disparition des formations spécifiques en psychiatrie, à la suppression d'emplois qualifiés et à l'augmentation du nombre de prises en charge, le travail s'est réduit à une recherche de réponse urgente. Les personnels avec les qualifications les plus élevées ont été happés dans un travail de consultation abandonnant le travail institutionnel. Le travail de réflexion pluridisciplinaire sur les cas cliniques et les situations institutionnelles ne peut plus être effectué. Or, ce travail est absolument nécessaire car c'est cette réflexion en commun qui permet de construire un projet de soins cohérent, prenant en compte la singularité des malades et de prévenir et d'éviter certains passages à l'acte violents, de construire un travail avec la cité.

---

<sup>3</sup> PMI : Protection Maternelle Infantile

<sup>4</sup> ASE : Aide Sociale à l'Enfance

<sup>5</sup> CCAS : Centre Communale d'Action Sociale

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

La multiplication des réunions liées à la procédure d'accréditation mobilise un temps soignant, non négligeable et ce au nom de la « qualité » alors qu'on assiste à une dégradation catastrophique de la qualité des soins liée à la pénurie.

Il en va de même pour la participation à tous les groupes de travail (élaboration de projets d'établissement, de service) alors qu'aucun projet ne peut aboutir faute de financement et donc de locaux et de personnel.

## **1 – 4 – accréditation et protocolisation, une aberration pour la psychiatrie et un mépris pour l'intelligence des soignants**

Dans le contexte actuel, la production de nombreux protocoles de « soins », fortement incitée par l'accréditation, tend à réduire l'acte soignant en une série de réponses programmées. C'est la négation de l'acte soignant qui, en psychiatrie encore plus qu'ailleurs, doit être adapté à chaque patient et présuppose la réflexion et une réponse individualisée.

Que de pertes de temps soignant dans ces nébuleuses de bonnes pratiques. C'est oublier que l'engagement personnel d'un soignant ne s'inscrira jamais dans l'observation de l'accumulation de règles administratives, comme cela est imposé de plus en plus, mais dans le souci déontologique d'une recherche clinique.

Comment concevoir que l'on puisse soigner en psychiatrie sans une totale liberté de penser, de créer. C'est dans cette liberté que les soignants puisent leur courage, leur motivation et leur désir.

## **2 – Nouveau cadre imposé pour la psychiatrie dans le schéma d'organisation sanitaire et la réforme hôpital 2007**

### **2 – 1 - La mort programmée du secteur psychiatrique**

La sectorisation, alors qu'elle a fait la preuve de sa pertinence dans la prévention et la prise en charge de proximité, est de fait remise en cause (bien que toujours citée) par l'instauration du Territoire de Santé allant jusqu'à 400 000 habitants. La circulaire du 25 octobre 2004, préconise d'abandonner la dimension géo-démographique des secteurs pour n'être que sur la dimension fonctionnelle (accessibilité, continuité, pluridisciplinarité...), d'amplifier l'intégration des services de psychiatrie à l'hôpital général pour en faire une simple discipline médicale banalisée, de généraliser l'inter-sectorialité par la mutualisation des moyens, tout ceci traduit bien une logique purement économique. Cette circulaire doit être annulée car elle fait disparaître les concepts de la politique de secteur et ses fondamentaux (l'homme, l'échelle humaine, la proximité et la disponibilité des soignants, la continuité des soins, le travail de lien entre le patient et son environnement). Il est évident que les regroupements et fusions rendront impossibles l'intervention de proximité d'une équipe. De plus, le fonctionnement atypique des secteurs de psychiatrie n'a rien à voir avec le fonctionnement des services de médecine, incompris ou dérangeants, ils sont dans les faits, trop souvent les services pauvres et délaissés des hôpitaux généraux.

## **2 – 2 - Le glissement vers le médico-social et le social.**

Le rôle du secteur psychiatrique devrait « être repensé en terme d'articulation avec le champ social et médico-social »

### **2 - 2 – 1 - vers le social :**

#### **Dans la protection de l'Enfance :**

De plus en plus d'enfants en difficultés psychologiques se retrouvent dans les Maisons d'Enfants à caractère social, foyers d'action éducative, services de milieu ouvert : action éducative en milieu ouvert, placement familial spécialisé

### **Un exemple :**

#### **les difficultés rencontrées à l'ASE de Paris qui se trouve confrontée à de la famille et des jeunes qui nécessitent une prise en charge spécialisée.**

L'élaboration du récent schéma directeur de la DASES<sup>6</sup> (début 2004) a confirmé les préoccupations fortes transmises par les travailleurs sociaux de l'Aide Sociale à l'Enfance. Dans sa partie « diagnostic », des tendances lourdes sont « reconnues », à savoir notamment : une situation de « déstructuration psychique » accentuée de façon très significative dans les dernières années, qu'il s'agisse du profil des familles et surtout des enfants et adolescents accueillis.

Ce contact ne fait d'ailleurs que reconnaître ce que de nombreux salariés et notre organisation syndicale font apparaître depuis de longues années.

Malgré quelques progrès effectués en matière de prise en charge médicale, le secteur et les agences de placement familial (3 en région parisienne, 5 en province) sont confrontés à l'absence de réponses suffisantes et adaptées en matière de prise en charge par la pédo-psychiatrie.

Pour une bonne part, chacun doit se « débrouiller » ..... faire au mieux, « patienter » face à une population fréquemment nommée « incasable ».

Familles d'accueil, travailleurs sociaux et psychologues vacataires vivent au quotidien cette situation pour le moins insatisfaisante.

Que dire du vécu des usagers en souffrance ?

Bien entendu, la démarche « gestionnaire » adoptée par l'administration parisienne a pour but de masquer les carences et les manques de personnels disponibles et qualifiés.

Ne pas donner les moyens au secteur psychiatrique et transférer la prise en charge des patients au secteur social et médico-social à qui on ne donne pas non plus les moyens de répondre de façon satisfaisante, ne constitue en rien une solution à la nécessité de soins qui perdurent.

#### **Dans les clubs et équipes de prévention spécialisée :**

Les équipes éducatives et sociales, intervenant dans les cités, les quartiers, les communes, dans les centres-villes des grandes agglomérations, dans et autour des gares,

---

<sup>6</sup> DASES : Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

sont confrontées de plus en plus à une population de jeunes (mineurs et majeurs) en errance en grande souffrance et pour laquelle une approche éducative est inappropriée et atteint ses limites. Faute de structures et de réseaux d'accueil et de soins : lits d'hospitalisation, hôpital de jour, C.M.P., foyers et appartements thérapeutiques, familles d'accueil ...l'errance des personnes se réduit très souvent entre la rue et la prison

### **Dans les dispositifs et structures relevant de la réinsertion sociale : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.), Coordination pour l'Accueil et l'Orientation (C.A.O.) etc...**

Confrontés à l'exclusion sociale des personnes accueillies, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.) et les C.A.O. rencontrent la violence au quotidien de personnes nécessitant des réponses en terme de soins. Du fait de l'absence de places en psychiatrie, ces personnes sans domicile fixe, se retournent vers les dispositifs d'accueil d'urgence déjà saturés (CHRS, nuits d'hôtel, asiles de nuit, hôtels sociaux...).

### **2 -2 -2 - Vers le médico-social :**

### **les établissements et services accueillant des enfants, adolescents et adultes handicapés**

Il n'est pas rare que ces établissements et services accueillent des personnes atteintes de maladie mentale faute de places dans les établissements de psychiatrie. De ce fait ces personnes ne relevant pas du handicap mental et donc d'une prise en charge éducative spécialisée, ne bénéficient pas de réponses adaptées à leurs besoins. Les équipes de travail des Instituts Médico-Educatifs (I.M.E.) ou des Maisons d'Accueil Spécialisées (M.A.S.) ne sont pas qualifiées et préparées pour traiter les problématiques de ces personnes.

### **2 -2 -3 - les établissements pour personnes âgées**

*Voir chapitre 2, point 2 - 11 Psychiatrie et vieillissement (page 29)*

### **2 – 2 – 4 - les conséquences budgétaires de ces transferts :**

Ces transferts compétences s'accompagnent d'un transfert de charge et pèsent sur la fiscalité des collectivités territoriales. Avec la décentralisation, les compétences des régions et des départements seront très fortement élargies. Nous sommes inquiets sur les choix politiques qui seront alors opérés, quelle place sera réservée au social et au médico-social ? Seront-ils des priorités face aux autres dossiers tels que les transports régionaux, les aides directes à l'installation des entreprises

## **2 – 3 - La réforme HOPITAL 2007**

La création d'un Conseil Exécutif Médico-Administratif restreint ne laisse aucune place à la pluridisciplinarité. Le champ de compétences des instances consultatives et notamment celles du CTE<sup>7</sup> est réduit. Le CTE ne sera plus consulté sur le tableau des emplois

<sup>7</sup> CTE : Comité Technique d'Etablissement

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

(suppression, transformation, création : respect du cadre statutaire). Compétences réduites au regard de celles d'un CE<sup>8</sup> dans le privé !

La disposition de l'attribution d'un budget global alors que le PMSI<sup>9</sup>, reconnu inadapté, effectue une réapparition voilée par la VAP (Valorisation de l'Activité Psychiatrique). La VAP ne correspond ni plus ni moins qu'à une T2A (Tarification A l'Activité) pour la psychiatrie, celle-ci est réfléchi dans le plus grand secret dans les méandres du Ministère.

Pour nous, l'approche du financement à l'acte est en totale inadéquation avec un dispositif de santé publique qu'est la politique de secteur.

A-t-on mesuré les effets prévus dans le champ de la psychiatrie de l'attribution d'un budget lié à l'activité ?

Cela pourrait entraîner insidieusement à entretenir des pratiques rentrant dans la comptabilisation au détriment de l'aspect créatif (et dynamique essentiel dans ce domaine où il faut sans cesse inventer).

L'organisation en pôles au sein de l'hôpital et les consignes d'attribution de crédits fléchés montrent la détermination à mettre fin à la sectorisation psychiatrique.

Les découpages envisagés pourront s'effectuer autour de comportements, de populations définies ...

Qu'en sera-t-il alors du travail de prévention et de prise en charge dans la cité ?

## **2 – 4 - La psychiatrie et l'hôpital général**

voir dans le chapitre 2 :

page 24: 2 – 3 – 1 - Une nouvelle appellation d'Etablissement Public de Psychiatrie de Secteur (E.P.P.S.)

page 25 : 2 – 4 - L'attribution d'une enveloppe nationale spécifique à la psychiatrie dans la loi de financement de la sécurité sociale, avec un contrôle de son attribution.

## **2 – 5 – La psychiatrie dans les Unités pour Malades Difficiles**

Les Unités pour Malades Difficiles ont été créées pour répondre à une préoccupation de soins concernant des patients relevant du médico-légal.

Les patients sont admis dans ces structures où le personnel soignant est en nombre suffisant, pour permettre aux patients d'évoluer et de se réinsérer de nouveau dans la société ; une commission d'experts psychiatres doit examiner le patient et évaluer son état psychique, sa capacité à vivre à l'extérieur, son évolution et décider sa sortie éventuelle vers l'hôpital psychiatrique de son lieu d'origine.

Les UMD ont la spécificité suivante : la durée des séjours n'est en rien liée à une notion de peine mais plutôt à une notion d'évolution de l'état psychique.

---

<sup>8</sup> CE : Comité d'Entreprise

<sup>9</sup> PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

L'évolution de la société a amené l'évolution des UMD. Elles n'accueillent pas seulement des patients ayant commis des actes graves, mais pallient souvent le manque de personnels dans les centres hospitaliers. Le manque de personnel a pour conséquence l'impossibilité de prévenir et de contenir des actes d'agressivité ou de violence. Pour éviter l'escalade dans les relations, l'incapacité de contenir certains moments de décompensation psychotique, les équipes ont recours aux hospitalisations dans les UMD.

Dans les services UMD, le personnel qui constate l'évolution dans l'accueil de pathologies plus diversifiées est en réflexion actuellement pour proposer des structures intermédiaires. Le sens même de l'origine des UMD est en train d'évoluer.

**Les UMD ne doivent pas combler « les lacunes » des services de psychiatrie. Leur objectif concerne toujours une population qui ne relève pas des centres pénitenciers mais de structures de soins.**

### **2 – 6 – la psychiatrie dans les DOM**

**La psychiatrie dans les départements et les territoires d'outre mer, l'exemple de la Martinique :**

#### **2 – 6 – 1 - La situation**

L'hôpital psychiatrique de COLSON est la seule institution pour la psychiatrie publique en Martinique.

Son organisation est construite sur le modèle occidental, notamment dans son fonctionnement et ses modalités de prises en charge. Les pavillons d'hospitalisations couvrent des secteurs géographiques déterminés :

- 6 secteurs de psychiatrie adulte
- 3 secteurs infanto juvénile

Evidemment sur chaque secteur, il existe des structures tels que les CMP, les CATTP... D'autre part 3 hôpitaux de jour prennent en charge les patients et sont une alternative à l'hospitalisation à temps complet.

#### **2 – 6 – 2 - Les situations d'urgences**

##### **Nombre de lits insuffisants :**

Actuellement l'hôpital de COLSON manque cruellement de lits d'hospitalisations : 250 lits pour 280 patients. Des projets de création de lits à l'initiative du CH de COLSON dans les hôpitaux de Trinité, Marin, St Esprit, ont malheureusement avorté.

**Le taux d'occupation** est passé de 90,65 % en 2002 à plus de 100 % en 2004(100,94%). Cette situation est liée au fait que Colson est l'unique hôpital psychiatrique public et qu'il doit assumer seul tous les problèmes de santé mentale avec un contexte économique et social dégradé :

Un chômage galopant (près de 70% de la population entre 20 et 35 ans)

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## **Toxicomanie :**

Une toxicomanie exponentielle qui touche une tranche d'âge entre 14 et 30 ans (27,4% des hospitalisés). Une forte augmentation de la consommation de crack qui concerne 9,2% des malades en 2004 soit le triple du chiffre de 2001 (3%).

Ces chiffres sont issus de l'étude du rapport LOUVEAU, médecin chef de l'assurance maladie en Martinique (février 2004).

-la population des errants a doublé en moins de 10 ans et est fortement touchée par le problème des conduites addictives. C'est le plus souvent une population en souffrance psychique avec des décompensations psychopathologiques graves sur fond de misère sociale.

Pour ce public démuné qui présente à leur arrivée à Colson de forts troubles psychiatriques associés à des problèmes d'addictions (crack, cannabis, alcool) vient porter à 80% le taux des patients comorbides. Cette situation, où coexistent chez une personne deux pathologies à traiter : maladie mentale et toxicomanie, demande que soit créé un service spécifique de comorbidité pour la prise en charge de ceux-ci.

L'insuffisance de lits à Colson, a eu pour conséquences des pavillons d'hospitalisations extrêmement surchargés de patients à traiter avec des effectifs soignants réduits.

Cette situation génère des conditions de travail difficiles voire même intenable.

## **La Dangerosité :**

En 2003, une infirmière est sauvagement assassinée par un patient.

Les cas de violences se multiplient dans les pavillons (infirmiers agressés). Les arrêts maladies pour 2004 sont de l'ordre de 30%(intra et extra).Un infirmier a été attaqué par un patient et a eu deux côtes cassées.

## **2 – 7 – La place de la psychiatrie privée (lucrative ou commerciale)**

Celle-ci est, globalement, à l'image du secteur privé dans le système de soins français.

### **2 – 7 – 1 - Quelques principales caractéristiques :**

Ce secteur s'inscrit dans un processus de restructuration sur un fond de restriction de l'offre de soin.

Nous assistons à la montée en puissance de groupes (exemple : la Générale de Santé et sa filière Médipsy) ; les procédures d'accréditation, mises au normes de sécurité (souvent très technocratiques) fragilisent les petits établissements, favorisant ventes et regroupements.

Il faut dire que, bien souvent, certaines structures ont pendant des années privilégié la prise de bénéfices au détriment de l'outil de travail.

Le plateau technique de la psychiatrie est son personnel :

Formation professionnelle déficiente, sous effectifs chroniques, et clientélisme ont fragilisé nombre d'établissements, incapables aujourd'hui d'apporter des réponses pertinentes aux enjeux de la psychiatrie d'aujourd'hui.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

Les patrons aujourd'hui ont la nostalgie de la « belle époque » où les prix de journée augmentaient de façon substantielle ; mais qu'ont-ils fait à cette époque pour valoriser leurs structures (travaux d'entretien), leurs personnels et la qualité des soins due aux usagers ?

Les rares établissements du secteur privé qui ont su proposer de véritables alternatives, se réfèrent par exemple à la Psychothérapie Institutionnelle (c'est le cas de mon établissement) sont aujourd'hui en difficulté, confrontés à la non reconnaissance des tutelles, A.R.H en particulier.

Ce nivellement par le bas est encouragé par les patrons eux-mêmes, qui revendiquent une harmonisation des tarifs (en attendant la T2A ?) : quelle aberration !

Mettre sur le même plan tarifaire les établissements sans tenir compte des effectifs et de la qualification des personnels, des prestations fournies (groupes et activités thérapeutiques, vie institutionnelle, disponibilité du corps médical etc...) encourage bien sûr à « produire du soin » le moins coûteux possible ; vivent les marchands de pilules, les rois de la sismothérapie et l'impérialisme croissant (et pas toujours pertinent) des techniques comportementalistes !

Sur le terrain : sous effectifs et turn-over important des personnels, salaires indigents ne favorisent pas la pérennité d'une « culture du soin » chère aux personnels soignants.

L'insécurité augmente aussi dans les cliniques psychiatriques, probablement moins que dans le Public puisque le Privé ne gère pas (encore ?) les urgences, HDT et HO ; les comportements agressifs et incivilités de patients sont fréquents ; la misère et la désinsertion sociale pénètrent largement les établissements psychiatriques privés comme l'ensemble du système de Santé.

### **2 – 7 – 2 - Comment la psychiatrie privée se positionne-t-elle ? En complémentarité ou concurrence avec le service public ?**

La baisse constante des lits du Public, bien que non compensée par le Privé, et le dépeçage de l'activité de secteur, ont ouvert des espaces pour les « entrepreneurs » de notre secteur ; les projets fleurissent selon les priorités du moment : projets « adolescents », « jeunes adultes » ... agréés par les A.R.H pour des coûts modiques !

Si ces projets répondent à des besoins réels et impliquent un travail en réseau nécessaire entre les partenaires publics et privés, ils n'en induisent pas moins une mise en concurrence (dumping social rampant) de ces deux secteurs, préjudiciable à l'ensemble de la psychiatrie.

Dans un secteur où les rapports de force sont encore très favorables au patronat, les attentes des personnels de psychiatrie restent immenses : salaires, reconnaissances des qualifications, meilleures conditions de travail sont toujours à l'ordre du jour.

L'investissement de la Cgt sur le secteur de la Santé privée reste indispensable, car il concourt aussi à la défense du système de soin et la sauvegarde d'un service public de qualité.

## **CHAPITRE 2 :**

\*\*\*\*\*

# **LA CGT REVENDIQUE UN PLAN D'URGENCE POUR LA PSYCHIATRIE**

\*\*\*\*\*

Celui-ci doit contenir des mesures immédiates et des mesures pour le moyen et long terme.

Ce plan d'urgence devrait être porté par une « **loi d'orientation et de programmation en psychiatrie** » qui sera dans ce cas débattu avec la représentation nationale.

Proposition avancée par le rapport intitulé « **prévention et soins des maladies mentales : bilan et perspective** » du conseil économique et social en 1997. Ce rapport rappelait que le dernier grand débat sur la psychiatrie remontait à la loi de 1838, créant certes les asiles mais aussi loi assurant la protection des malades mentaux. Alors qu'aujourd'hui la psychiatrie et ses professionnels bénéficient dans la population d'un regard nouveau, nous pensons qu'un grand débat national permettra de faire sauter certains blocages et de donner à cette discipline la juste place qui lui revient.

Il faut arrêter avec l'empilage des plans et textes successifs insuffisamment financés qui ont fait perdre sa cohérence à l'ensemble du dispositif et leurs repères aux professionnels. La psychiatrie ne peut pas continuer à être appelée pour répondre à tous les maux de la société, sauf à décider de lui en donner les moyens. Elle ne peut pas non plus renoncer à soigner ceux pour qui elle a été créée, à savoir les malades mentaux, les malades les plus fragiles et les moins productifs qui souffrent le plus par une maladie longue et invalidante.

**Le plan d'urgence pour la psychiatrie devra s'appuyer sur un budget spécifique avec un calendrier de mise en œuvre précis. Ce plan sera sous la responsabilité d'un conseil national de santé mentale.**

Nous reprenons les 22 mesures d'urgences qui ont été votées par les états généraux de la psychiatrie en 2003. Elles constituent un acte essentiel pour l'ensemble de la profession psychiatrique, dans le sens où elles fédèrent l'ensemble des professionnels et leurs organisations représentatives, quel que soit leur mode d'exercice.

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## **ETATS GENERAUX DE LA PSYCHIATRIE** **Les 22 mesures à prendre en urgence** **dimanche 8 juin 2003, par l'Assemblée Générale (vote)**

Les professionnels réunis aux Etats Généraux de la Psychiatrie du 5 au 7 juin 2003 à Montpellier demandent un budget spécifique national pour la psychiatrie pour :

- 1 - Garantir des conditions d'accueil et d'hospitalisation décentes. Augmentation du nombre de lits et développement de structures extrahospitalières.
- 2 - Maintien du nombre de psychiatres : augmentation massive du nombre d'internes en psychiatrie et des enseignants.
- 3 - Formation massive et urgente d'infirmiers afin de faire face aux besoins.
- 4 - Création de postes de psychologues à pourvoir par recrutement statutaire.
- 5 - Formation initiale spécifique des soignants en psychiatrie.
- 6 - Annulation de l'obligation de stages hors psychiatrie pour les Internes.
- 7 - Le secteur psychiatrique doit être réaffirmé dans le projet de simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé qui ne doit pas être légiféré par ordonnance.
- 8 - Les praticiens hospitaliers doivent impérativement être nommés au niveau national pour maintenir leur indépendance professionnelle.
- 9 - Renforcement indispensable des moyens dévolus à la psychiatrie infanto juvénile permettant enfin le développement de ses capacités de soins et la poursuite de ses objectifs fondamentaux de prévention. Ce renforcement doit concerner la pédopsychiatrie sous toutes ses formes d'exercice : public, libéral et associatif.
- 10 - Retrait du décret instituant les directeurs de soins qui instaure la primauté du pouvoir administratif au détriment de la responsabilité soignante.
- 11 - Soutien des initiatives associatives dans le cadre de l'article 93 de la loi du 4 mars 2002. Mise en place urgente des conventions nécessaires.
- 12 - Les bénéficiaires de l'A.A.H. et des minima sociaux doivent pouvoir être dispensés du paiement du forfait hospitalier de manière à ne pas compromettre leur insertion lorsqu'ils ont besoin d'une hospitalisation en psychiatrie.
- 13 - Révision en profondeur des collaborations entre instances juridiques et soignantes, de la loi de 1990 et de l'article 122 du code pénal dans l'intérêt des patients et la protection des personnes incarcérées qui jusqu'ici ne peuvent bénéficier de soins.
- 14 - Actions auprès des 60 % de SDF qui présentent des troubles psychiatriques pour leur permettre un accueil décent et une prise en charge appropriée, si besoin dans le cadre de la loi de 1990 révisée.
- 15 - Réouverture immédiate de négociations conventionnelles dans le secteur libéral.
- 16 - Augmentation d'urgence des honoraires de la consultation des psychiatres libéraux.
- 17 - Rétablissement du temps médical dans le secteur médico-social et agrément des avenants des psychiatres exerçant dans le secteur médico-social.
- 18 - Création de nouvelles structures médico-sociales adaptées aux besoins des patients.
- 19 - Augmentation de budget des cliniques afin de permettre d'aligner le salaire des infirmiers sur celui du secteur public.
- 20 - Retrait du P.M.S.I.
- 21 - Mise en place de spécificités d'accès au dossier médical.
- 22 - Rencontre avec l'A.N.A.E.S. afin d'énoncer les spécificités de la psychiatrie.

## **1 – Création d'un conseil national de psychiatrie**

Alors que la psychiatrie est une discipline majeure au regard du nombre de patients suivis, et du nombre de nos concitoyens en souffrance psychique, nous ne pouvons que constater que les différents ministres en charge des questions de santé ainsi que les responsables des services déconcentrés (Directeurs des agences régionales de santé, Directeurs des directions régionales et départementales de la santé) sont ignorants des questions de psychiatrie. Cette réalité est à l'origine de la politique d'abandon dont est victime la psychiatrie en France.

Si le ministre Mr Bernard KOUCHNER a réinstallé un bureau de la santé mentale au ministère et réactivé le conseil consultatif de santé mentale, qui d'ailleurs n'a jamais été réuni depuis le retour de la droite au gouvernement, ces deux outils sont insuffisants.

Le Conseil consultatif de santé mentale est une grande assemblée, qui de part sa composition, de l'irrégularité de ses réunions et de son statut ne peut pas être une instance de réflexions et de propositions indispensables pour que cette discipline ne soit pas laissée pour compte. Ce conseil rassemble pèle mèle différentes organisations et associations, sans qu'il soit tenu compte de la représentativité de chacune d'entre elles ou de leur implication sur l'ensemble du territoire.

Pour assurer une vigilance et mettre en cohérence les textes et projets concernant la psychiatrie, nous demandons la mise en place d'un conseil national de santé mentale. Ce conseil serait composé de 3 représentants du ministère (DHOS<sup>10</sup>, DGS<sup>11</sup>, DGAS<sup>12</sup>), 3 représentants des personnels médicaux, 5 représentants des personnels non médicaux, 1 représentant du ministère de l'éducation nationale, 1 représentant du ministère de la justice, 1 représentant du ministère de l'intérieur, un député siégeant dans la commission des affaires sociales, 1 de la direction de la Sécurité Sociale. Pour les représentants des personnels, les sièges seraient calculés à partir des résultats obtenus lors des élections professionnelles et répartis par tranche de 20%.

**Ce conseil devra être mis en place rapidement, pour travailler avec les services de l'état à la rédaction de l'avant projet de loi d'orientation et de programmation en psychiatrie et santé mentale.**

## **2 – Une organisation sanitaire spécifique pour une discipline médicale spécifique**

La loi de 1838 avait prescrit à chaque département de créer un établissement public spécialisé dans le traitement de la maladie mentale. Auparavant les malades mentaux étaient abandonnés à la rue, à la prison ou accueillis dans des hospices gérés par les religieux. Cette loi d'assistance était marquée également par un souci de soustraire

<sup>10</sup> DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation Sanitaire

<sup>11</sup> DGS : Direction Générale de la Santé

<sup>12</sup> DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

l'aliéné du reste de la société, il en reste quelques vestiges avec des centres hospitaliers éloignés des populations.

Il est effarant de constater des similitudes avec la situation d'abandon des malades avant 1838 et aujourd'hui. Ce qui nous permet de dire que l'Etat n'assure plus son devoir d'assistance. Nous assistons également à un mouvement de recul par rapport au traitement de la folie, les malades mentaux au long cours seraient des inadéquats. D'après le ministère Douste-Blazy, ils seraient encore 20 à 25 % à occuper indûment les lits d'hospitalisation en psychiatrie. Ces « inadéquats » devraient être dirigés vers des structures médico-sociales qui faute de moyens en personnels qualifiés ne peuvent ni être des lieux de soins ni des lieux favorisant l'autonomie et l'intégration sociale. Dans les faits, ce sont trop souvent des nouveaux lieux d'exclusion.

### **2 – 1 – Bref historique et principe de la politique de secteur**

La formation des infirmiers, l'acquisition d'un statut de salariés pour les personnels, d'un statut de malade pour les « fous », la création de nouveaux espaces de soins immergés dans la cité, l'élargissement de l'équipe soignante à une dimension pluridisciplinaire, les avancées des sciences humaines et l'apport des neuroleptiques ont été des éléments qui ensemble ont révolutionné le soins en psychiatrie.

La politique de psychiatrie de secteur est une psychiatrie sociale ouverte et héritière de la démarche de prévention mis en place par les dispensaires d'hygiène de santé mentale.

Le texte fondateur est la circulaire du 15 mars 1960, dont l'ambition est de rompre avec l'aliénation et l'exclusion des malades mentaux en travaillant à leur réinsertion dans la société et en favorisant la résolution de leurs difficultés médico-sociales. Pour atteindre son objectif, une nouvelle organisation des soins psychiatriques est créée qui sera dénommée le secteur. Le principe est : une équipe pluridisciplinaire est affectée à un territoire de 67000 habitants, cette équipe est chargée de la prise en charge de la globalité des soins (prévention, dépistage, traitement, travail de réadaptation et de réinsertion) dans un esprit de continuité des soins. Une circulaire ayant peu de caractère contraignant du point de vue réglementaire, cette politique s'est développée de manière inégale et principalement dans les territoires où les volontés des politiques, des gestionnaires et des soignants se sont rencontrées. Il faudra attendre la loi du 25 juillet 1985, pour que la sectorisation psychiatrique soit inscrite dans la loi. Mais les grandes disparités dans sa mise en œuvre perdurent car aucun budget de rattrapage n'avait été prévu à l'époque.

### **2- 2 – Maintenir l'organisation sanitaire spécifique de la psychiatrie, qu'est la politique de secteur**

Alors que la politique de secteur a permis un travail gigantesque de réhabilitation de la maladie mentale et de remailage des liens entre le malade et son environnement permettant sa réinsertion, il existe une volonté politique ou plutôt économique forte d'en finir avec cette organisation et ce concept de soin.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

Certains évoquent l'essoufflement de la politique de secteur, d'autres la nécessité d'intégrer le dispositif de soins généraux pour banaliser la maladie mentale. Derrière tous ces arguments, transpire une volonté de réduction des dépenses de santé à court terme, pour recentrer la psychiatrie sur le seul traitement de la crise ou sur une fonction de conseil ou d'expertise.

Les derniers textes ou rapports sortis, ordonnances de simplification administrative du 04 septembre 2003, le rapport Clery Melin – Pascal – Kovess, la circulaire du 24 novembre 2004 sur les recommandations et orientations pour les futurs schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) sont clairement porteurs de cette volonté.

**Nous dénonçons ces textes et documents qui vont à l'encontre de ce que les professionnels de la psychiatrie ont exprimé lors de leurs états généraux, et qui n'ont jamais été soumis à l'approbation des organisations syndicales représentatives de professionnels de psychiatrie.  
Drôle conception de la démocratie et de l'efficacité !**

L'originalité française de la psychiatrie de secteur a été précurseur avec sa notion de continuité des soins, de travail de partenariat avec les autres acteurs de la cité, de travail en équipe pluridisciplinaire... Elle a été enviée et copiée.

La psychiatrie, a connu dans son histoire des avancées quand elle a bénéficié de la part des politiques d'un intérêt et des moyens pour réaliser les évolutions souhaitées par les professionnels de la psychiatrie. Des avancées sont possibles quand elles s'inscrivent dans un continuum et non dans une rupture avec la culture et les pratiques forgées au cours de cette histoire.

Le malaise de la psychiatrie aujourd'hui tient avant tout au fait que les orientations stratégiques, budgétaires et pédagogiques veulent rompre avec cette culture et cette approche spécifique du soin en psychiatrie. Il n'y a pas de place pour la différence, tout doit être lissé, normalisé, codifié, aseptisé, rentabilisé, protocolisé, planifié... Mais la maladie mentale, la folie comme on n'ose plus le dire, est tout sauf cela.

Nous ne pouvons accepter que l'efficacité de l'organisation de la psychiatrie de secteur soit sacrifiée sur l'autel de la rentabilisation à court terme, car sans son volet prévention et réadaptation, réinsertion, les maladies psychiatriques ne peuvent que devenir plus invalidantes, génératrices d'exclusion, de passage à l'acte, donc plus coûteuses.

**La C.G.T. estime que la politique de secteur n'est pas dépassée, bien au contraire, elle a et fait toujours preuve de son efficacité quand elle bénéficie des moyens nécessaires à sa complète mise en œuvre. Ce qui lui fait défaut aujourd'hui, c'est d'être portée par une dynamique volontariste et cohérente soutenue par le ministère de la santé et l'ensemble de ses services, et enseignée dans les universités et instituts chargés de la formation des nouveaux professionnels.**

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## **2 – 3 – Une nouvelle impulsion à la politique de secteur, pour lui faire franchir de nouveaux caps**

Les difficultés de mise en œuvre de cette politique sur l'ensemble du territoire tiennent en partie aux outils de planification et de dotation budgétaire calqués sur les autres disciplines médicales purement réparatrices et qui n'ont pas une dimension de santé publique. Les alternatives à l'hospitalisation n'ont pu être créées que par la suppression de deux lits pour une place. Le travail avec les partenaires de la cité (travail en réseau), l'activité réalisée dans les Centres Médico-Psychologiques (accueil, orientation et consultation) dans les Centres d'Activités à Temps Partiel (réadaptation), ne figuraient pas dans les indices de besoins servant de base à la planification de l'offre de soins en psychiatrie ou seuls les lits et les places étaient pris en compte. De même, les attributions budgétaires sont calculées sur la seule activité hospitalière.

Au regard de l'inadéquation des outils existants dans la planification et les attributions budgétaires, et d'autre part les besoins importants de la population en matière de santé mentale, il apparaît nécessaire de construire des outils spécifiques à la psychiatrie

### **2 – 3 – 1 - Une nouvelle appellation d'Etablissement Public de Psychiatrie de Secteur (E.P.P.S.)**

Une des difficultés rencontrées par la politique de secteur tient au fait que les secteurs sont gérés par des Centres hospitaliers qui ont perdu leur appellation de spécialisés laissant penser qu'il s'agit d'hôpitaux comme les autres alors qu'il ont à gérer une partie importante de structures extrahospitalières (alternatives à l'hospitalisation).

De plus, dans le cadre de pénurie de moyens, nous assistons à deux mouvements qui s'opposent, soit un développement de l'extrahospitalier au détriment de l'intra hospitalier, soit quand la pénurie devient ingérable, comme actuellement, vers un recentrage sur l'intra hospitalier. Cette situation est intenable. La politique de secteur ne peut être qu'une construction cohérente entre l'activité en dehors de l'hôpital et dans l'hôpital s'articulant pour assurer une réelle coordination. Aucune structure ne se suffit à elle-même, elles constituent toute une étape dans la prise en charge et participent donc à une logique de continuité des soins.

Pour éviter une référence systématique à l'hôpital, nous proposons la généralisation de l'appellation d'Etablissement Public de Psychiatrie de secteur (E.P.P.S.).

**L'ensemble des structures de soins de psychiatrie d'un département, quel que soit son lieu d'implantation (hôpital général, hôpital psychiatrique, structures de soins dans la cité) serait géré par cet établissement Public, pour assurer une attention et une cohésion à l'ensemble du dispositif de psychiatrie d'un département. Evitant ainsi que les secteurs de la psychiatrie implantés dans les hôpitaux généraux subissent une fuite de leurs moyens vers des disciplines jugées plus nobles par ceux qui ne comprennent rien au « fait psychiatrique » et dont le mépris traduit une peur envers une discipline qui dérange dans ce qu'elle renvoie du fonctionnement de chacun.**

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## **La gestion de cet établissement public**

Le Conseil d'administration serait démocratisé et mieux représentatif. Sa composition serait tripartite : un tiers représentant des usagers (élus, assurés sociaux, associations d'usagers), un tiers représentant des personnels médicaux et non médicaux, un tiers représentant de l'Etat ( direction et représentant des tutelles).

## **2 – 3 – 2 - La généralisation des conseils de santé mentale de secteur sur l'ensemble du territoire.**

Ces conseils prévus par la réglementation (circulaire DGS/2030 DU 12/12/72) sont très peu nombreux à exister, alors qu'il s'agit d'un outil indispensable à la coordination et la collaboration de tous ceux qui ont un rôle à jouer dans la prévention, les soins, la postcure et la réadaptation des malades.

Actuellement seulement deux conseils de santé mentale en France fonctionnent, alors que tout le monde reconnaît la nécessité de favoriser le travail en réseau pour mener une politique globale de soins (prévention, soins, réadaptation) entre les services de psychiatrie adultes, les services de pédopsychiatrie, le secteur médico-social, l'éducation nationale, les élus, les services de la justice, la médecine de ville, la protection maternelle et infantile...

Tout n'est pas à réinventer, il faut que les services de l'état fassent appliquer et respecter les textes sur l'ensemble du territoire national. Malheureusement fort est de constater une nouvelle fois que la politique de secteur, pertinente dans sa construction n'a pas été portée par une volonté forte des responsables en charge de la santé mentale. Que de temps et d'efficacité perdu.

Pour sa composition, ses attributions et les modalités de fonctionnement, il suffit de ce référé au texte sus cité.

## **2 – 4 - L'attribution d'une enveloppe nationale spécifique à la psychiatrie dans la loi de financement de la sécurité sociale, avec un contrôle de son attribution.**

Pendant trop d'années la psychiatrie a été considérée par les services déconcentrés comme un gisement de moyens et n'étant jamais jugé prioritaire, elle est toujours passée après les autres disciplines.

## **2 – 5 - La psychiatrie à l'hôpital général**

Ceci est d'autant plus vrai dans les secteurs ou services de psychiatrie intégrés dans les Hôpitaux généraux.

D'autant que les budgets hospitaliers sont de plus en plus serrés, le service de psy ne fait pas le poids dans les arbitrages du Conseil d'Administration ou de la Commission Médicale d'Etablissement ...

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

On a même vu une direction d'établissement proposer de se séparer d'un secteur de psy pour récupérer des moyens pour pouvoir développer son service d'urgence (hôpital de MORLAIX dans le Finistère).

**Il est indispensable que l'enveloppe garde bien ce caractère spécifique jusqu'au service et soit gérée par les professionnels de la psychiatrie ; d'où la nécessité d'établissement autonome, ce qui n'empêche nullement des collaborations.**

Au moment, où au ministère on discute de la mise en place d'antenne médico-psychologique dans tout le service d'urgence y compris dans les UPATOU<sup>13</sup>, la question de la permanence du soin est posée. (Démographie professionnelle, moyens)

Les équipes de psychiatrie doivent dépendre du secteur psychiatrique, l'infirmier doit rendre compte de son travail à un médecin psy et non à l'urgentiste.

**2 – 6 - Une attribution des moyens non pas en fonction de l'activité mais des besoins de la population.**

Nous rejoignons la proposition avancée par l'A.D.E.S.M (Association des établissements gérant des secteurs de Santé Mentale) à savoir un budget de X euros par habitant, augmenté d'un certain pourcentage en cas de population identifiée en grande difficulté sociale.

**Si nous partageons l'idée qu'il faut rendre compte de l'utilisation des deniers des assurés sociaux, nous revendiquons non pas des outils d'évaluation gestionnaire qui visent uniquement à abaisser les coûts mais des outils d'évaluation de l'efficacité dans l'utilisation de ces fonds.**

**2 – 7 - Inventer un outil d'évaluation pertinent qui mesurerait l'efficacité du dispositif et non un outil visant à niveler les soins sur un moins disant économique.**

Tous les soignants déplorent le coût exorbitant investi dans les derniers outils d'évaluation mis en œuvre qui « bouffe » un temps soignant considérable au détriment des soins. Quand on parle d'économie, la moindre des choses est de chiffrer le coût de nouveaux outils que l'on met en place comme le P.M.S.I (Programme de Médicalisation du Système d'Information) qui a été imposé contre l'avis majoritaire des professionnels car jugé inadapté et qui dans les faits l'est réellement. Nous demandant la communication des dépenses engagées dans cet outil.

Aujourd'hui, un nouvel outil d'évaluation est à l'étude, la V.A.P. (Valorisation des Activités de Psychiatrie) qui devrait permettre de financer les activités de la psychiatrie comme les autres disciplines par la nouvelle T.A.A (Tarification A l'Activité). Etude réalisée dans le plus grand secret, sans concertation avec les organisations syndicales représentatives.

<sup>13</sup> UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'orientation des Urgences

## **"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"**

Comme nous demandons un financement au nombre d'habitant pour couvrir une politique de santé publique qu'est la santé mentale, le financement par la T.A.A. ne se pose pas.

**Par contre nous demandons la création d'un réel outil épidémiologique et de suivi des patients, car nous ne pouvons pas accepter que des malades suivis à un moment donné puissent se retrouver abandonnés à la rue, sans soins, sans accompagnement social, mourir dans la plus grande indifférence ou passer à l'acte pour qu'effectivement on prenne soin d'eux. Mesurer l'efficacité d'un dispositif par rapport aux missions qui lui sont confiées et plus pertinent que d'évaluer son coût sans mesurer la qualité. Les dépenses de soins sont un investissement quand elles atteignent leurs objectifs.**

### **2 – 8 -Une planification spécifique à l'offre de soins en psychiatrie**

L'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003, a supprimé les cartes sanitaires, les conseils départementaux de santé mentale, les secteurs de psychiatrie et les schémas régionaux de psychiatrie, comme toute ordonnance ce texte n'a pas été débattu est plus grave, alors que tous les rapports pointent les grandes disparités et des retards importants dans certaines régions, supprimer ces outils ne peut que conduire à renforcer ces situations.

**Nous demandons l'annulation des dispositions concernant la psychiatrie, pour impulser une politique volontariste en matière de psychiatrie.**

**Les conseils départementaux de santé mentale doivent être de toute urgence réunis pour : évaluer les besoins de la population, évaluer les ressources existantes en personnels et en structures, établir des propositions de création de postes et de lits ou de structures alternatives, et de déterminer le planning afin de préparer le futur schéma régional de psychiatrie.**

L'ensemble de ces éléments devra être centralisé au niveau du ministère et présenté au conseil national de psychiatrie qui verra des propositions de financement exceptionnelles pour les territoires les plus démunis.

### **2 – 9 - Créer des structures de soins nouvelles au plus près de la population**

Suite aux événements de Pau, le ministre a annoncé un moratoire sur la fermeture de lits. C'est une bonne chose, car la diminution de 50% des capacités d'hospitalisation s'est faite souvent sur injonction des tutelles, sans qu'une réflexion sur les besoins et les structures à développer en amont de l'hospitalisation n'ait été pensée ou financée.

D'ailleurs, il faut savoir que cette diminution devait se poursuivre puisque le bilan des cartes sanitaires et des schémas régionaux de psychiatrie réalisé par *la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins en octobre 1999* annonçait un excédent de 14310 lits d'hospitalisation complète, précisant que la restructuration de la psychiatrie était

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

inachevée. Quand on connaît la situation de l'hospitalisation psychiatrique en France aujourd'hui : refus d'hospitalisation par manque de lits, mouvement des entrées et des sorties sur le modèle des portes tourniquet, on mesure l'absurdité des indices de besoins décrétés de manière bureaucratique pour satisfaire une politique d'économie. C'est pour cette raison que nous demandons que les besoins soient évalués par les professionnels de terrain au sein du conseil départemental de santé mentale.

La création de lits d'hospitalisation ou de structures alternatives à l'hospitalisation doit être réfléchie et ce faire sur une évaluation sérieuse des besoins. Il faut se garder des mouvements de balancier. Si l'augmentation des demandes de soins (plus 60 % de la file active) n'a pas été accompagnée des moyens, obligeant de fait les équipes à ce centrer sur les situations les plus urgentes, souvent trop tard pour éviter les situations de crise. Dans tous les cas il est préférable de développer les capacités d'intervention des équipes en amont et en aval des hospitalisations pour en limiter leur recours. Un malade hospitalisé doit bénéficier systématiquement d'un accompagnement médico-social à sa sortie.

Dans l'immédiat au regard de la situation préoccupante de l'encombrement des lits en hospitalisation complète, il faut prévoir un programme d'ouverture de lits de psychiatrie dans des structures adaptées aux soins psychiatriques. Non pas dans des services d'hôpitaux généraux dont l'architecture n'est pas adaptée, ni dans des hôpitaux psychiatrique éloignés des lieux de vie des patients. Nous sommes favorable à la création de lieux d'hospitalisation ouverts dans la ville. Pour assurer autant la sécurité des malades que des personnels, leur taille doit être pensée pour assurer une présence suffisante de soignants.

### **2 – 10 - La pédopsychiatrie**

Les délais d'attente vont croissant en cours d'année scolaire, et d'année en année, pour les nouvelles consultations (1 mois en septembre, jusqu'à 6 mois en juin). Accroissement également de la demande des parents à titre préventif (deuil, divorce, traumatisme...) ou à titre de soins. Demandes croissantes de consultations des services sociaux et éducatifs (éducateurs ASE, nourrices, Maisons d'Enfants à Caractère Social,...) ainsi que des établissements scolaires, face à la crise contemporaine de l'autorité.

La raréfaction notable des infirmières, médecins et psychologues scolaires ne favorise pas l'insertion scolaire des enfants.

L'augmentation du nombre de patients, alors qu'à moyens constants amène à les soigner moins (généralisation du temps partiel, sans cesse réduit) et à les abandonner de plus en plus aux parents et aux établissements scolaires ou médico-éducatifs, quand cela est possible.

Le nombre d'établissements médico-éducatifs et médico-sociaux adaptés (instituts de rééducation, maisons d'enfants à caractère social, instituts médico-éducatifs, classes d'insertion scolaire...) reste largement insuffisant ; les parents en portent le poids, tout autant que les établissements classiques.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

Quelques structures nouvelles voient le jour (hôpital de jour mères/enfants par exemple) mais se construisent et se développent très souvent au dépens des structures existantes.

Si la pédopsychiatrie peut se réjouir de faire un véritable travail de secteur et de travailler à maintenir la relation familiale en évitant au maximum de recourir à l'hospitalisation temps plein, le manque de lits pose problème.

La demande d'hospitalisation pour les adolescents augmente massivement. Les services des hôpitaux généraux (urgences, pédiatrie...) assument en première instance cette charge, mais tentent souvent de s'en délester rapidement, du fait de leur manque de préparation, de formation et de la demande croissante. Des ados de plus en plus nombreux se retrouvent dans des pavillons adultes, peu adéquats et peu préparés à les recevoir et à les soigner. L'hôpital de jour pour adolescents, inséré en dehors de l'hôpital, est une structure adaptée.

**Les soins aux parents demanderaient à se développer (thérapie familiale, soutien aux parents,...).**

**Dans un souci de prévention primaire et secondaire, il est indispensable de renforcer le partenariat avec les structures socio-éducatives scolaires et judiciaires pour favoriser les échanges.**

**Les familles d'accueil thérapeutique peuvent être une solution, mais l'absence de statut de salariés et la faiblesse des moyens ne permet pas de les développer.**

### **2 – 11 – psychiatrie et vieillissement**

Les structures existantes sont en nombre insuffisant, de plus elles ne répondent qu'aux besoins en hébergement et suivi médical. Les patients souffrant de pathologie relevant de la psychiatrie, mais stabilisés ont été souvent placés en maison de retraite avant l'âge par dérogation, et surtout par manque de structures adaptées.

Ces patients souvent démunis financièrement, ont accès à des structures pratiquant des tarifs bas et aux conditions de vie réduites à l'essentiel. Ces maisons de retraite ont recours à un personnel réduit et peu qualifié en raison de leurs budgets. Les maisons de retraite appréhendent d'accueillir des patients sortis de service de psychiatrie. Leur crainte est de ne pas pouvoir faire face aux différents troubles des patients et aux perturbations dans la vie collective.

Quand l'équipe de secteur peut garantir un suivi régulier en maison de retraite, le patient peut enfin s'insérer de façon plus adapté.

Cela n'est pas sans poser la question de patients dont les troubles sont présents et qui pourraient relever d'une structure plus adaptée à leurs nouveaux besoins. Il est évident que la question du vieillissement de la population psychiatrique n'a jamais été posée par les instances responsables, mais toujours par le personnel et par les familles. En effet « que faire » et « où placer » les patients autistes vieillissants ? Les polyhandicapés avec troubles du comportement ? Bien avant le seuil de la majorité, cette question est posée sans être résolue par un lieu d'accueil pertinent.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

Il demeure un problème pour les personnes atteintes de démence.

La maladie d'alzheimer est bien la seule à avoir eu quelques réponses adaptées mais insuffisantes (hôpitaux de jours lieux d'accueil au long cours). Nous demandons un état des lieux des structures existantes, une analyse des besoins.

**Il faut se doter de structures qui prennent en compte les différents aspects et étapes de l'évolution du vieillissement. Ces structures doivent se doter d'équipe pluridisciplinaire composée de personnels qualifiés. Les projets de ces institutions doivent garantir à la personne âgée le respect du lien social.**

**2 – 12 - L'inter-sectorialité ne peut se concevoir que pour quelques prises en charges ciblées.**

La notion d'inter-sectorialité est la mise en commun des moyens des secteurs pour offrir des soins spécialisés en direction d'une population ciblée ou d'une pathologie nécessitant une prise en charge particulière.

Cette pratique qui s'est fortement développée dans la période de restriction de moyens, et fortement encouragée dans les orientations stratégiques contenu dans la circulaire relative à l'élaboration des schémas régionaux de psychiatrie.

Nous pensons que cette pratique va à contre sens de la psychiatrie de secteur et qu'elle doit rester exceptionnelle. Elle peut se concevoir pour certaine prise en charge très spécifique comme l'addictologie ou l'intervention auprès de population ne relevant par forcément du secteur géographique, par exemple les unités pour malades difficiles, la participation au service d'urgence des hôpitaux généraux, les soins psychiatriques aux détenus et dans tous les cas sur des dotations budgétaires particulières.

Il faut se garder de tomber dans une psychiatrie de spécialité, qui ne s'intéresserait qu'à un type de patient au risque d'en délaissier les autres.

La psychiatrie de secteur dans son principe de médecine généraliste est la plus pertinente pour assurer la continuité des soins. Il ne faut jamais perdre de vue que la maladie mentale a pour effet de distendre les liens entre le malade et son environnement social et qu'au-delà de la cure les patients ont besoin d'un accompagnement médico-social pour retisser les liens et éviter la marginalisation et l'exclusion.

**Les derniers faits divers ont malheureusement dramatiquement montré les conséquences d'une prise en charge parcellaire qui ne s'occupe pas des patients une fois leur sortie de l'hôpital.**

## **2 – 13 - Santé mentale et urgences**

En fonction des définitions utilisées, le pourcentage de patients relevant de la psychiatrie pris en charge par les services d'urgence et les SAMU varie entre 15 et 25 %.

Si la présence d'un psychiatre de garde dans tous les SAU<sup>14</sup> a permis d'améliorer l'accueil de ces patients, ce praticien est dans la quasi-totalité des cas seul dans des locaux pas toujours adaptés et sans structure d'hospitalisation disponible.

### **Dans ce contexte plusieurs propositions peuvent être mise en avant:**

- **Obligation pour tous les services d'urgence de mettre à disposition des locaux permettant un cheminement spécifique de ces patients et des conditions de travail adaptées pour les professionnels. Cette obligation doit être inscrite dans les textes pour une application systématique lors de la réfection des services d'urgence, au même titre que des circuits distincts doivent exister entre patients ambulatoires et patients allongés ainsi que pour les urgences médico-judiciaires.**
- **Le psychiatre doit être assisté de personnel paramédical spécifique ayant reçu une formation adaptée.**
- **Des lits d'accueil de très courte durée – doivent être créés permettant d'hospitaliser immédiatement les patients qui le nécessitent pour une période d'observation très courte avant leur orientation vers une structure de prise en charge ou de suivi adaptée. Ces lits clairement identifiés seraient sous la responsabilité des psychiatres mais intégrés dans les UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) existantes, permettant ainsi un bilan complet des patients intégrant la partie somatique.**
- **En ce qui concerne les SAMU-SMUR, deux problématiques se posent. D'une part la possibilité d'un accueil téléphonique spécifique; d'autre part, au-delà des CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique), il est nécessaire que les SAMU-SMUR puissent disposer d'un lien fonctionnel formalisé avec les structures psychiatriques de leur département pour pouvoir gérer un certain nombre d'intervention ou la compétence psychiatrique peut s'avérer nécessaire. En fonction des spécificités locales, plusieurs possibilités existent : présence d'un psychiatre en régulation dans les plus grands centres, possibilité de basculer l'appel sur un psychiatre disponible dans une autre structure, psychiatre d'astreinte pouvant être sollicité ponctuellement...**

## **2 – 14 - La prise en charge sanitaire des détenus / La psychiatrie en milieu carcéral**

L'échec de la prise en charge sanitaire et plus spécifiquement psychiatrique en milieu carcéral est dénoncé depuis plusieurs années, par les acteurs médicaux ou sociaux de tous statuts, intervenant dans les prisons, comme par les personnels de l'institution

<sup>14</sup> SAU : Service d'Accueil des Urgences

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

pénitentiaire, ou les « usagers » et leurs familles. Accablants sont les témoignages que la presse ou l'édition ont récemment largement diffusé ! Deux rapports, parlementaire et sénatorial, dénoncent avec le rapport Pradier sur les prisons, les carences dans la prise en charge psychologique et psychiatrique des détenus atteints de troubles mentaux. L'institution psychiatrique en général est explicitement accusée d'éviter la prise en charge de ces malades qualifiés de trop « difficiles » en les renvoyant vers la justice ; les experts suspectés de responsabiliser pénalement des sujets à l'équilibre psychologique perturbé surchargeant ainsi les établissements pénitentiaires de malades mentaux.

Tous ces constats, restés sans échos propositionnels, n'auront même pas permis aux décideurs de se tourner vers les nouveaux partenaires pressentis (le service public) afin de mettre en place un véritable projet, à partir d'un travail de réflexion, d'élaboration et de construction dans un souci minimal de concertation !

Ainsi, c'est encore à la hâte que le Ministère envisage d'imposer au Service Public Hospitalier « la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires du programme 13 000 ». Une note du 27 décembre 2000 fixe au 4 mars 2001 à 0 heure le début de ces nouvelles modalités. Si la création d'unités hospitalières pour les soins somatiques pour les détenus est en cours (certaines UHSI sont déjà ouvertes), rien n'est dit de la prise en charge psychiatrique qui semble « naturellement » être dévolue au Secteur Psychiatrique.

On voit qu'il ne s'agit pas de comprendre ce qu'ont été les échecs du système antérieur, mais de précipiter vers l'institution psychiatrique la « folie » du monde carcéral, en renforçant l'indifférence et la méfiance de la société civile envers « les détenus fous » tout autant qu'envers les « fous détenus ».

On voit qu'il ne s'agit pas d'entamer un débat avec les professionnels de la justice et de la psychiatrie, mais de court-circuiter une procédure ouverte pouvant réveiller la mémoire souvent douloureuse de la société dans la façon dont elle traite la question de ses « fous » et de ses détenus. Car en touchant à la privation de liberté avec les soins sans consentement ou la détention, c'est à la liberté que l'on touche et aux valeurs fondamentales et structurelles de nos sociétés. Or, l'organisation du soin en milieu pénitentiaire doit justement trouver son articulation avec un véritable projet sociétal !

On voit qu'il ne s'agit pas d'élaborer une véritable politique de santé en milieu carcéral (enfin !), mais de la réduire à l'urgence d'une situation : non renouvellement de « concessions » aux établissements pénitentiaires et simplification organisationnelle dictée par de pseudo contraintes budgétaires. Renvoyer ainsi brutalement face à face psychiatrie et monde pénitentiaire procède d'une réduction théorique dont les conséquences risquent de ne pas être préjudiciables qu'aux deux institutions spécialistes de l'enfermement, mais à l'évolution sociale dans son ensemble !

A l'objectif d'une politique sanitaire lisible et partagée correspondrait par contre une commission pluri-professionnelle permettant d'examiner et de théoriser les conditions d'une collaboration effective entre le sanitaire et le judiciaire autour du soin psychiatrique des détenus. Il s'agirait également de garantir des critères éthiques et déontologiques contemporains d'une telle pratique.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

Il s'agirait enfin de prévoir par une évaluation régulière un ajustement permanent des conditions d'exercice des soignants aux règles imposées par la détention.

C'est d'une politique de sens et d'avenir dont nous avons besoin pour franchir la zone tragique dans laquelle se trouve aujourd'hui la question du sanitaire dans les prisons.

C'est pourquoi nous approuvons le principe de confier au Service Public la prise en charge sanitaire de tous les détenus, nous refusons le transfert de cette prise en charge aux conditions spécifiées par la note DHOS du 27 décembre 2000.

Nous nous élevons d'abord vivement contre les méthodes utilisées par nos tutelles au plus haut niveau, où l'allégation de l'urgence justifie les directives autoritaires, non concertées, ignorantes des réalités locales et des légitimes exigences des professionnels de terrain.

### **Nous considérons comme indispensable un travail préalable d'élaboration :**

- Associant tous les partenaires concernés : Hôpitaux, Tutelles, Services Médicaux des établissements pénitentiaires, et SMPR en restituant à ce dernier la fonction prépondérante prévue par la circulaire du 8 décembre 1994.
- Orienté vers la définition d'une approche transversale des problèmes impliquant l'ensemble des intervenants responsables au plan départemental et régional, garantissant la promotion d'un souci déontologique aujourd'hui malmené.

### **Nous proposons des solutions adaptées, aussi bien en ce qui concerne :**

- L'hospitalisation des détenus selon l'article D 398 du C.P.P. avec distinction claire entre les contraintes liées à l'exécution de la peine et celles liées aux nécessités de soins (Unité de soins sécurisée, analogue aux USIR ou en complément et exclusivement réservée aux détenus).
- Que les soins dont ils doivent bénéficier dans leur lieu de détention (le rattachement des moyens actuellement disponibles aux SMPR leur permettrait la création d'antennes, conformément au texte cité, ainsi qu'au guide méthodologique de son application).
- Précisant les moyens nécessaires à toute réorganisation plausible de secteur d'activité, largement sous évalués aujourd'hui et que le transfert prévu risquerait d'amoinrir et de disperser encore davantage.
- Respectant les délais minimaux exigibles pour un travail approfondi qui ne s'arrête pas à la seule mise en place d'un plan de sauvetage à court terme.

**2 - 15 – psychopathologie et santé mentale au travail**

**2 – 15 – 1 - Les troubles psychopathologiques et le risque professionnel organisationnel psychosocial**

Aujourd'hui, sous la pression libérale, bon nombre de salariés vivent difficilement leur travail, et bien souvent dans la solitude. L'hypothèse rapportant les souffrances au travail à une relation psychologique interindividuelle mettant en cause principalement la structure de la personnalité s'avère fragile. Il importe de mettre en relation les *pathologies* en lien avec le travail, ce que nous dénommons la *psychopathologie du travail*.

**De nouvelles pathologies du travail liées à la surcharge de travail sont apparues :**

**Au premier rang :** les TMS ou **Troubles Musculo-Squelettiques**, appelés encore LER, Lésions par Efforts Répétitifs, dus à l'augmentation des cadences et des exigences de productivité. Il s'agit de lésions affectant les articulations des membres supérieurs et se traduisant par des inflammations.

Ouvrir un robinet ou une porte devient un geste douloureux. Le recours à l'acte chirurgical en est l'aboutissement. On les retrouve curieusement dans les activités de services avec l'introduction de l'informatisation et de l'autonomisation, par exemple les clavistes pour la saisie de données. C'est un secteur d'activité que l'on pensait épargné par les maladies du corps en regard du secteur industriel. Pourtant, le travail à la chaîne ne régresse pas ; non seulement il a augmenté mais les cadences sont nettement supérieures à celles que l'on obtenait dans les années 50-60, ce que l'on peut constater dans le secteur agroalimentaire par exemple. Il s'agit là d'un véritable problème de santé publique.

**Le karôshi** qui consiste en une mort subite par accident vasculaire, cérébral le plus souvent, frappant habituellement les hommes mais dont on commence à décrire des cas chez les femmes. Il a été décrit au Japon, les sujets qui en ont été victimes totalisaient plus de 70 heures de travail par semaine, sans compter les heures passées au contrôle de la qualité. Afin d'éviter les heures de transport pour retourner chez soi, les employés se rendent dans des « hôtels » où ils ont un tiroir dans lequel ils dorment, empilés les uns sur les autres.

Si en France, la loi limite le temps de travail, bon nombre de professions n'ont plus aucun contrôle sur la durée du temps de travail : conducteurs de travaux, technico-commerciaux, professions libérales...

**Le « burn-out »** est un état d'épuisement professionnel, se caractérisant par l'épuisement des capacités émotionnelles chez les sujets dont le travail est centré sur les relations humaines : infirmières, travailleurs sociaux, enseignants, agents des services publics... Les objectifs à atteindre entrent en contradiction avec la qualité relationnelle inhérente au travail même. Les sujets se mettent alors à l'abri de l'impact émotionnel du travail par une rigidité de pensée, une conception péjorative des personnes que l'on est censé aider, accompagner, soigner...

S'en suit un syndrome dépressif : asthénie, découragement, perte de l'estime de soi jusqu'à la désorganisation des relations familiales, voire la décompensation psychique et mentale.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

**La corvéabilité** touche essentiellement les femmes. En fonction des besoins du supermarché, on téléphone aux employées pour venir travailler. Dans les deux heures qui suivent, elles doivent être là, prendre la vacation et se retrouvent dehors trois heures après. Puis trois heures après, elles sont rappelées. Les temps libres passent ainsi dans les transports et à côté du téléphone en cas de rappel. Ceci crée des problèmes insolubles pour la garde des enfants et l'accomplissement des tâches ménagères, qui sont également un travail.

**Les pathologies post-traumatiques**, consécutives aux agressions dont les travailleurs sont victimes de la part des usagers et des clients dans leur travail. Cette pathologie professionnelle est reconnue pour les agents du service bancaire, victimes d'agression à main armée. Mais elle concerne aussi les conducteurs d'autobus et de trains, les transporteurs de fonds bancaires, les enseignants, les pompistes, les gardiens d'immeubles, les agents de l'ANPE, de la SS, de la CAF...

**Les tentatives de suicides et suicides** sur les lieux de travail, inconnus il y a encore quelques années... La ruine de la convivialité et de la solidarité génère une insensibilité et une indifférence à l'égard de la souffrance et des signes de détresse émis par autrui. Ils montrent en fait l'isolement et la solitude qui caractérisent de plus en plus les milieux de travail.

On trouve également des conduites violentes, dirigées contre collègues ou hiérarchiques : violences physiques ou menaces avec des armes ; ou dirigées contre l'outil de travail ou les installations : vandalismes, vols, sabotages...

**Les pathologies cognitives**, notamment chez les techniciens, l'encadrement de proximité, les secrétaires... Il s'agit de troubles de la mémoire, troubles confusionnels, raisonnements manifestement « absurdes » ou infantiles mais que l'on ne retrouve pas dans le hors-travail.

En raison de la surcharge de travail, certains finissent par ne plus faire confiance à leur mémoire et notent tout sur des « post-it » qui envahissent alors le poste de travail. Un homme s'est collé des « post-it » sur tout le corps avant de se suicider...

**Les conduites toxicomaniaques**, « pour tenir » au travail et totalement banalisées dans certains milieux de travail : alcool, anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères, barbituriques, amphétamines... Elles sont en proportion très élevée chez les cadres.

**Les pathologies de la solitude** qui viennent condenser et mettre au jour ce qui caractérise fondamentalement les situations actuelles de travail. En effet, les formes d'organisation du travail contribuent de plus en plus à la solitude de chacun, ruinent la convivialité, le vivre ensemble, le collectif de travail. Les personnes travaillent de plus en plus seules. Les espaces de discussion disparaissent massivement des milieux de travail. Ces pathologies se caractérisent par des dépressions, maladies somatiques, réactions caractérielles et paranoïaques.

**Une nouvelle pathologie prend actuellement de l'ampleur : le harcèlement moral.**  
C'est une pathologie de la solitude car la personne harcelée se trouve isolée.

## *“Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale”*

La LMS loi de modernisation sociale dit que : « aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique et mentale ou de compromettre son avenir professionnel<sup>15</sup> ».

### **2 – 15 – 2 - Dans le domaine de la prévention de la santé mentale au travail, quelle coopération en réseau ?**

**Il est nécessaire d'entamer une coopération avec les médecins du travail et les IPRP (Intervenant en Prévention des Risques Professionnels) qui, selon la réglementation<sup>16</sup> participent, dans un objectif exclusif de prévention, à la promotion de la santé et de la sécurité et à l'amélioration des conditions de travail.**

Un nouveau cadre institutionnel de l'évaluation et la prévention des risques professionnels.

### **2 – 15 – 3 - Une obligation de santé et de sécurité au travail, s'impose aux entreprises :**

**D'une part** dans la directive européenne sur la santé et la sécurité du 12 juillet 1989 ; Et **d'autre part**, dans le droit français (article L.230-2 du code du travail, s'appliquant dans les fonctions publiques d'Etat, territoriales et hospitalières) par la production d'un Document Unique d'Evaluation des risques (DUE), réglementé par décret (fin 2001).

Par ailleurs, outre, le « *harcèlement moral* », et la référence à la santé mentale, la Loi de Modernisation Sociale (LMS) a transformé les services de médecine du travail en *Services de Santé au Travail (SST)*.

**Enfin, le gouvernement a produit trois autres textes** sur ce qui est dénommé la « *pluridisciplinarité* » de compétences<sup>17</sup> : médicales (médecins du travail), techniques et organisationnelles (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels, IPRP), sollicitées par les SST, soit à des organismes publics, tels les CRAM<sup>18</sup>, l'OPBTP<sup>19</sup>, les ARACT<sup>20</sup>, soit à des personnes physiques ou des organismes compétents.

**Ces textes sur la pluridisciplinarité soulèvent une controverse dans le cadre du rapport social de travail**, controverse se situant autour de l'orientation de l'action, à savoir : la *gestion* ou la *prévention* des risques professionnels ? S'il est important, pour les psychologues et les IPRP, de se garder d'une dépendance à l'entreprise pour la « *gestion* » des risques, il est non moins important d'œuvrer :

- d'une part, à la conception d'actions de prévention pour la santé au travail,
- d'autres part à des convergences coopératives entre praticiens, à savoir les médecins du travail, psychologues, ergonomes, sociologues, des organismes spécialisés, tels l'ANACT,

<sup>15</sup> Article L 122-49 du code du travail, inscrit aussi dans les statuts de la fonction publique.

<sup>16</sup> Décret 2003-546 du 24 juin 2003

<sup>17</sup> cf le site du Ministère du travail et de l'INRS (institut national de la recherche et sécurité)

<sup>18</sup> CRAM : caisses régionales d'assurance maladie

<sup>19</sup> OPBTP : organisme de prévention dans le bâtiment et les travaux publics

<sup>20</sup> ANACT, ARACT : agences nationales, régionales d'amélioration des conditions de travail.

# "Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"

les CRAM, les OPBTP, des cabinets spécialisés en santé au travail, et les syndicats (particulièrement les CHSCT).

## 2 – 15 – 4 - L'action d'analyse des risques et de prévention dans le domaine santé mentale ou risque psychosocial

L'objet spécifique qu'est la santé mentale, nécessite d'agir avec une méthodologie idoine se rapportant spécifiquement à l'être humain qui n'est pas une machine, mais un être affectif et de pensée. Il nous faut utiliser l'écoute et l'interprétation pour la compréhension du travail, qui est en soi une action (l'accès à une meilleure intelligibilité), car elle peut faire (re)naître une mobilisation subjective et donc une volonté d'action.

### Le processus et la méthodologie

La forte demande que nous font aujourd'hui des salariés en souffrance s'entend comme un message à traduire fait d'énigmes organisationnelles, de sentiment de non reconnaissance, d'injustice dans le travail, de déficit des solidarités, etc. Nous tentons alors de *déplacer cette demande*: d'un aval (l'accueil individuel), à un amont (la compréhension collective du vécu subjectif en travail).

## **3- Les acteurs de la psychiatrie.**

**Nous demandons qu'une étude soit diligentée très rapidement pour connaître précisément la Situation de l'emploi dans tous les services de psychiatrie :**

- nombre de postes vacants et ceci pour toutes les catégories professionnelles,
- nombre de postes qui vont se libérer dans les dix ans à venir du fait des départs à la retraite de la génération du papy-boom (de 2005 à 2015),
- nombre de postes transformés ces dix dernières années et la nature des transformations.

Si nous prenons l'exemple du C.H.S. Paul Guiraud à Villejuif, en lutte depuis plusieurs semaines sur la question des effectifs, c'est 250 postes vacants qui sont recensés.

Nous demandons également que les établissements après discussion avec leurs organismes consultatifs chiffrant leurs besoins en matière de postes à créer, pour assurer la sécurité des soins et des personnes (la situation d'agent seul en poste dans des unités doit être bannie) et pour ouvrir les structures de soins qui n'ont pu l'être faute de personnel disponible et budgété.

La DHOS sera chargée de recenser tous ces besoins et de les présenter au Conseil Consultatif de Santé Mentale.

### **3 – 1 - Importance de l'équipe pluridisciplinaire en psychiatrie**

Cette notion d'équipe est importante en psychiatrie car cette discipline médicale est au carrefour d'autres disciplines, sociales, psychologiques ...

Pour que la prise en charge se construise en tenant compte de la globalité de l'individu soigné, il est important d'avoir l'apport théorique et pratique de différents professionnels. Quand on parle de travail en équipe pluridisciplinaire, ce n'est pas la simple superposition de professionnels où chacun fait ce qu'il veut dans son coin, mais la construction collective d'un projet thérapeutique de l'équipe et de projet thérapeutique individualisé pour chaque patient à partir des regards professionnels différents pour aboutir à des projets qui deviennent ceux de tous.

Travailler ensemble dans le respect de la parole et des compétences de chacun garantit la cohérence et l'efficacité des prises en charge thérapeutiques.

Aujourd'hui de nombreuses structures de soins et en particulier les structures d'hospitalisation temps plein sont désertées de tout projet, hormis celui de faire sortir au plus vite les malades pour libérer des lits et faire baisser la durée moyenne de séjour. Personne, patient ou malade ne se sent investi d'un désir, ce qui peut expliquer en grande partie la montée des confrontations de violence. Pas d'espace pour se questionner sur la prise en charge la plus pertinente, pas de désir soignant pour que le patient s'engage dans un processus psychothérapeutique.

Il est donc primordial que l'équipe dispose de temps de réflexion, de formation clinique. Les médecins avec le cadre de proximité doivent retrouver leur rôle d'animateur d'une équipe, de garant du projet de soin. Nous demandons que chaque équipe dispose d'une demi-journée de réunion d'élaboration clinique.

Les formations des professionnels doivent préparer à cette dimension du travail.

**En élaborant en commun sa pratique institutionnelle, l'équipe réinstalle son « cadre » en permanence, elle se constitue en tant que référence commune, en même temps qu'elle se constitue en tant qu'équipe. On passe de la co-errance à la cohérence.**

### **3 – 2 – les personnels non médicaux**

#### **3 – 2 – 1 - Depuis 20 ans la psychiatrie souffre d'une politique de suppression et de déqualification des emplois.**

Ce sont les postes d'infirmiers, de cadres Supérieurs de Santé et d'Agents de Service Hospitalier qui ont vu leurs effectifs le plus décroître, de moins 11 à 50% en 11 ans selon les catégories.

Pour la seule catégorie des infirmiers, nous avons chiffré le nombre des suppressions de postes à 14 000, entre 1983 et 2001. Il s'agit de la seule discipline médicale qui a connu une perte de ces emplois infirmiers.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

Ceux-ci ont pendant longtemps constitué l'essentiel des personnels paramédicaux en psychiatrie. Il était alors reconnu que les soins en psychiatrie de part leur spécificité nécessitaient une connaissance de la maladie mentale et de ces effets. Les troubles psychiques peuvent avoir des effets qui envahissent tous les gestes de la vie quotidienne. Il est donc anti-thérapeutique de penser qu'un professionnel sans qualification peut effectuer l'accompagnement de la vie courante.

Les postes d'A.S.H. et d'infirmiers ont été remplacés par des emplois d'Aides Soignantes pouvant être « polyvalentes » soit sur une fonction d'entretien soit sur une fonction soin en fonction des besoins du moment, permettant ainsi une économie non négligeable. Ceci pose deux problèmes celui de l'accès à la fonction publique de personnel non qualifié (les A.S.H.) et celui de la déqualification en ce qui concerne les infirmiers.

La suppression et la transformation des emplois d'infirmier ont été très préjudiciables à la qualité des prises en charge.

### **3 – 2 – 2 - la reconnaissance de la pénibilité liée à la spécificité du travail en psychiatrie.**

Travailler en psychiatrie peut être un travail passionnant car il requiert un engagement personnel mêlant intuition et imagination pour s'adapter à chaque situation rencontrée, à la réalité individuelle et unique de chaque patient.

Mais travailler en psychiatrie peut être aussi éprouvant dans la rencontre de la détresse des malades, de leur angoisse qui les submerge, dans leur dénuement face à cette maladie qui les fragilise et dont les causes sont difficilement identifiables. Soigner en psychiatrie, c'est être confronté à un sentiment d'impuissance, c'est accepter de soutenir et accompagner à petits pas, c'est parfois rencontrer de la violence, de l'agitation quand le malade tente de se défendre contre des manifestations qui l'envahissent et qui le menacent.

**L'engagement des soignants est important et éprouvant, il est donc nécessaire que face à cette charge psychologique et mentale, ils puissent avoir des temps de respiration pour se ressourcer. C'est pour cela que nous revendiquons des jours de repos supplémentaires, sur les mêmes bases que les éducateurs (6 jours par trimestre).**

### **3 – 2 – 3 – Rendre attractif le travail en psychiatrie**

Aujourd'hui l'importance du nombre de postes de soignants en psychiatrie vacants démontre de manière flagrante, qu'il est nécessaire de mettre en place des mesures incitatives pour attirer les nouveaux professionnels et fidéliser ceux qui y travaillent.

Nous pouvons dire que des milliers de postes sont actuellement vacants, de nombreux établissements de psychiatrie compte de cinquante à cent emplois prévus dans les effectifs théoriques et non pourvus (voire plus dans les très grandes agglomérations comme la région parisienne).

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

Nous demandons la mise en place d'avantages sociaux telle que la généralisation à l'ensemble du territoire de prime à l'embauche, de crèches et garderies hospitalières pour aider les femmes, en charge de jeunes enfants, de concilier travail et responsabilité parentale avec les horaires atypiques liés aux contraintes hospitalières, le développement de logements sociaux patronaux à proximité des sites hospitaliers et des prêts patronaux pour l'accèsion à la propriété ...

Pour poursuivre le travail de la politique de secteur et favoriser l'intervention des soignants dans la cité au plus près de la population, la prise en charge des frais de déménagement ou de déplacement entre le nouveau lieu de travail et le domicile, la généralisation des tickets restaurants pour pouvoir prendre ces repas en ville quand le restaurant du personnel est trop éloigné, des conventions passées avec les crèches municipales ou les centres de loisirs proches du lieu de travail pour réserver des places au personnel hospitalier, le développement des parcs automobiles pour que les personnels ne soient qu'exceptionnellement amenés à prendre leur véhicule...

**La revalorisation des salaires pour l'ensemble des personnels hospitaliers pour tenir compte du niveau de qualification et de responsabilité.**

**Les revendications salariales en s'appuyant sur les repères confédéraux pourraient être pour le secteur sanitaire et social.**

Grille classement	ou	Début de carrière Coefficient du SMIC	fin de carrière coefficient du SMIC	niveau de qualification
C		1	2	sans qualification
C+		1,25	2,5	BEP et CAP
B		1,5	3	Bac et Bac Pro
B+		1,75	3,5	Licence
A		2	4	master
A+		2,25	4,5	doctorat
directeurs		2,5	5	
médecins				

*Les repères A, B et C sont le classement catégoriel de la Fonction Publique (A = collègue cadre et maîtrise, B = technicien et technicien supérieur et C = ouvrier employé)*

# "Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"

Ces propositions peuvent donner des grilles comme suit :

Durée de la carrière	C	C+	B	B+	A	A+	directeur
Début	1 450 €	1 813 €	2 175 €	2 538 €	2 900 €	3 263 €	3 625 €
2 ans	1 550 €	1 942 €	2 330 €	2 719 €	3 107 €	3 496 €	3 884 €
4 ans	1 655 €	2 072 €	2 485 €	2 900 €	3 314 €	3 729 €	4 143 €
6 ans	1 755 €	2 201 €	2 640 €	3 081 €	3 521 €	3 962 €	4 402 €
8 ans	1 860 €	2 331 €	2 795 €	3 263 €	3 728 €	4 195 €	4 661 €
10 ans	1 960 €	2 460 €	2 950 €	3 444 €	3 935 €	4 428 €	4 920 €
12 ans	2 065 €	2 590 €	3 105 €	3 625 €	4 142 €	4 661 €	5 178 €
14 ans	2 165 €	2 719 €	3 260 €	3 806 €	4 349 €	4 894 €	5 437 €
16 ans	2 270 €	2 849 €	3 415 €	3 988 €	4 556 €	5 127 €	5 696 €
18 ans	2 375 €	2 978 €	3 570 €	4 169 €	4 763 €	5 360 €	5 955 €
20 ans	2 480 €	3 108 €	3 725 €	4 350 €	4 970 €	5 593 €	6 214 €
22 ans	2 585 €	3 237 €	3 880 €	4 531 €	5 177 €	5 826 €	6 473 €
24 ans	2 690 €	3 367 €	4 035 €	4 713 €	5 384 €	6 059 €	6 732 €
26 ans	2 795 €	3 496 €	4 190 €	4 894 €	5 591 €	6 292 €	6 991 €
28 ans et +	2 900 €	3 625 €	4 350 €	5 075 €	5 800 €	6 525 €	7 250 €

## **3 – 2 – 4 – Garantir la mixité des équipes soignantes**

Aujourd'hui la trop grande féminisation des équipes de secteur avec 80% de femmes crée un déséquilibre dangereux et démoralise les hommes qui, systématiquement appelés en renfort, ont le sentiment d'être uniquement des gros bras et non plus des soignants. Les équilibres identificatoires qui devraient accompagner la prise en charge des patients en psychiatrie, est fondamentale, en dehors de conception de « force » ou de « muscle ». Pour pacifier les lieux de soins et jouer un rôle de cadre contenant, il est nécessaire que l'autorité symbolique des hommes puisse être un élément de repère et d'identification.

Il est donc nécessaire de mettre en place des mesures incitatives et réglementaires pour garantir une mixité dans la composition des équipes de soins en psychiatrie.

**Nous demandons comme pour certain corps de métiers de la fonction publique l'instauration d'un quota minimum d'homme à l'entrée en formation. Le statut de salarié en formation qui existait avant la réforme des études d'infirmier est le mieux à même d'amener vers la profession infirmière des hommes nécessaires aux soins en milieu psychiatrique.**

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## 3 – 2 - 5 – Stopper la précarisation des emplois

Elle concerne essentiellement les **Aides Soignants** et les **psychologues**.

Les **psychologues** sont une profession fortement concernée par des emplois contractuels dans nos établissements. Cette profession est importante dans la constitution des équipes professionnelles en psychiatrie. Il est nécessaire que les emplois qu'ils ou elles occupent soit inscrit dans le tableau des effectifs et que le statut de la fonction publique soit respecté, c'est-à-dire que tout postes vacants doit être pourvus par un emploi statutaire, correspondant à la qualification.

## 3 – 2 – 6 - la place des différents professionnels en psychiatrie

### les aides soignants :

La présence d'aides-soignantes en psychiatrie est assez récente, car jusqu'en 1970 le personnel paramédical était limité au infirmier (cadre unique). Leur présence dépend de l'histoire de chaque établissement, pour certain elle a représenté un progrès car l'ensemble des Agents de Service Hospitalier (A.S.H.) ont accédé à la qualification d'Aides Soignants après avoir suivi une formation, pour d'autre plutôt une déqualification des emplois quand les Aides Soignantes ont été introduits sur des postes d'infirmiers soi-disant pour pallier à la pénurie d'infirmiers(es), dans d'autres établissements aucun poste d'aides-soignantes n'a été crée dans les services de soins psychiatrique.

La question de la place des Aides soignantes en psychiatrie fait toujours débat. Elles reconnaissent qu'elles n'ont pas la qualification et les connaissances suffisantes pour prendre en charge les malades mentaux et que leur rôle peut être utile dans une équipe si leur profil de poste est clairement définit et si elles interviennent systématiquement en binôme avec un(e) infirmier(e).

Tant qu'elles sont dans des équipes composer essentiellement d'infirmiers, la collaboration ne pose pas de problème, par contre la situation devient difficile quand on leur demande de faire le même travail que celui des infirmiers.

**Nous refusons le glissement des tâches, et nous insistons sur le respect des qualifications de chacun.** Les Aides Soignantes, quand elles existent dans des services de psychiatrie, doivent être affectées sur des tâches concernant l'hygiène et l'accompagnement à la vie quotidienne au sein de l'unité de soin, en binôme d'infirmier.

**Nous refusons qu'elles soient mises en responsabilité d'une activité thérapeutique et de les laisser accompagner des patients dans la cité ou en consultation à l'hôpital.** Même si ces activités peuvent apparaître valorisantes pour les aides soignantes, elles demandent une bonne connaissance des pathologies psychiatriques pour interpréter toutes réactions imprévisibles et anticiper éventuellement des passages à l'acte, il en va de la sécurité de ces personnels et des patients.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

**A aucun moment les postes d'infirmiers occupés par des aides-soignants ne doivent être supprimés ou requalifiés, car les différentes mesures que nous préconisons devraient à moyen terme amener de nouveaux diplômés vers la profession d'infirmiers en psychiatrie.**

### **les infirmiers en psychiatrie :**

Les infirmiers en psychiatrie constituent le pivot de l'équipe pluriprofessionnelle, par leur présence 24/24 et par leur rôle charnière d'articulation entre les différentes prises en charge. On sait que le personnel infirmier représente plus de 70 % de l'équipe soignante non médicale en Psychiatrie générale et 40 % en Psychiatrie infanto juvénile.

Les signes de désaffection pour le métier d'infirmier en secteur psychiatrique, se multiplient : moins de postulants aux postes vacants, fuite d'infirmiers en poste soit vers des zones géographiques attractives, soit vers des professions moins contraignantes et plus valorisées. La réforme des études de 1992 avec la mise en place d'une formation unique à forte dominante soins généraux et l'image de la profession jugée « plus difficile » voir « plus dangereuse », l'ouverture de nombreux postes dans les services de soins somatiques, rendent moins attractif l'exercice en Psychiatrie pour les jeunes infirmiers. En moyenne, moins d'un étudiant sur 30 choisit cette voie à la fin de ses études.

Toutes disciplines confondues, il manquerait 15 000 infirmiers(ières) dans les hôpitaux français.

Au regard de la courbe démographique et des besoins dans les services de psychiatrie, il est indispensable de démultiplier la promotion professionnelle.

La courbe démographique révèle qu'il ne restera que 15 000 infirmiers de secteur psychiatrique (ancienne formation) en 2010. La mise en place du diplôme unique a accru la mobilité chez les nouveaux diplômés. Ils s'inscrivent dans une forme de nomadisme professionnel qui ne leur permet pas de s'investir dans le temps et à peine ont-ils acquis un savoir soignant en psychiatrie qu'ils partent vers d'autres exercices.

### **Les Cadres de Santé :**

La fonction cadre doit être au cœur de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients. Elle doit faire face aux besoins du soin, de la recherche, de l'enseignement sans avoir de visibilité suffisante sur les projets thérapeutiques, médicaux et financiers.

Les personnels ont besoin de Cadres soignants, en soutien aux équipes, d'où la nécessité de professionnaliser la Direction des Soins Infirmiers, trop éloignée des services et trop intégrée aux stratégies de gestion d'établissement.

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## Les psychologues :

Nous demandons la création de postes de psychologues afin d'avoir un potentiel suffisant pour garantir tout à la fois une mission auprès des patients et des équipes. Ainsi le travail de réflexion institutionnel primordial pour une prise en charge efficace ne sera pas abandonné au profit d'une réponse aux demandes croissantes au niveau des CMP ; il en sera de même pour le travail de réseau qui doit être développé.

Dans le domaine de la santé mentale, les psychologues doivent intervenir tant au niveau de la prévention que des prises en charge ambulatoires et auprès des patients hospitalisés. Leur présence doit être développée tant en psychiatrie qu'en Médecine Chirurgie Obstétrique, (pour exemple soins palliatifs, oncologie, périnatalité, pédiatrie, urgences...etc). Une information sur la formation des psychologues doit être assurée auprès du public et un accès direct doit être garanti conformément à la loi du 4 mars 2002 portant sur les droits des malades.

**Pour ces postes nous demandons le respect du statut des psychologues trop souvent actuellement en situation de précarité. Leur recrutement doit être conforme à la réglementation en référence à la loi de 91 « portant statut des psychologues dans la fonction publique hospitalière ». Ce respect est essentiel car il garantit le cadre nécessaire à la qualité de leurs interventions.**

## Les personnels socio-éducatifs :

Depuis la mise en place de la politique de secteur avec son approche psycho médico-social du soin en psychiatrie, les personnels sociaux éducatifs sont venus renforcer les équipes de psychiatrie.

Les assistantes sociales font un travail considérable pour aider à la réinsertion sociale, demande d'allocations, recherche de logements... Selon la Charte du patient hospitalisé, celui-ci doit être informé et peut avoir un accès direct à l' Assistante Sociale. Il nous semble important de rappeler cela actuellement car il y a tendance à vouloir transférer l'action sociale vers les conseils généraux ou à redéfinir le contenu professionnel par prescription.

Les personnels éducatifs se retrouvent essentiellement dans les services de pédopsychiatrie ou leur travail d'approche du soin sur le versant éducatif complète harmonieusement celui des infirmiers.

**Dans les textes de la fonction publique hospitalière, leur place dans les services de soins est injustement ignorée. Ils ne bénéficient ni des dispositions concernant les personnels soignants (départ anticipé à la retraite, primes diverses) ni celles prévues pour les personnels éducatifs de l'action sociale publique (congés trimestriels...).**

**Cette injustice doit être rapidement réparée.**

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## Les personnels techniques et ouvriers :

**Il est nécessaire que les personnes qui interviennent dans les structures de soins psychiatriques pour réaliser des travaux, soient des personnels employés de l'établissement. Leurs échanges réguliers avec les personnels soignants, et l'habitude du contact avec les patients de psychiatrie, permettent d'éviter un certain nombre d'erreurs.**

Ils connaissent les précautions à prendre et ont acquis par l'expérience la qualité des travaux à effectuer pour que ceux-ci résistent au mauvais traitement que peuvent leur faire subir parfois les malades de psychiatrie.

Le travail de blanchisserie à aussi une dimension d'entretien de linge personnel des patients, que l'on ne retrouve pas dans les autres blanchisseries hospitalières.

### 3 – 2 – 7 - Transparence des recrutements

Pour faire face à l'insuffisance des dotations budgétaires, de nombreuses directions d'établissements réduisent les dépenses en personnel, soit en gelant des postes soit en menant une politique de recrutement de moindre qualification.

Nous avons du mal aujourd'hui à cerner le vrai du faux, quand les directions nous disent ne pas avoir de demandes d'emplois suffisantes pour pourvoir tous les emplois.

**Depuis de longues années, la CGT revendique la création de commissions d'embauche incluant des élus des personnels (élus des CAPL ou CAPD concernée, élus DP<sup>21</sup>). Cela permettrait d'avoir plus de transparence sur les critères de recrutements particulièrement lors des entretiens dans les différents concours (sur titre ou non).**

## **3 – 3 – La formation des personnels non médicaux**

*Des financements spécifiques sont nécessaires pour mettre en œuvre nos différentes propositions.*

### 3 – 3 – 1 – Formation professionnelle continue

Les professions de la psychiatrie demandent un investissement personnel important et un travail permanent de questionnement, il est donc indispensable que la formation professionnelle continue réponde à ces besoins afin d'éviter un possible désinvestissement.

<sup>21</sup> CAPL, CAPD et DP : Commission Administrative Paritaire Locale ou départementale et Délégué du Personnel

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

**Nous rappelons notre revendication : un accès à la formation continue à hauteur de 10% du temps de travail et une augmentation du financement pour atteindre 5% de la masse salariale.**

Nous dénonçons les dérives actuelles qui consistent à utiliser les fonds de la formation professionnelle continue comme un palliatif aux insuffisances des formations initiales ou comme un outil pour accompagner les projets de restructuration d'établissement.

### **3 – 3 – 2 - Les Infirmiers (voir point spécifique)**

Les compléments de formation obligatoire, en direction des nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, bloquent l'accès à la formation continue pour la majorité des autres professionnels de psychiatrie. Si nous reconnaissons l'indispensable besoin de formation complémentaire pour les infirmiers issus de la dernière formation infirmière et exerçant en psychiatrie, nous exigeons le respect des vocations de chaque dispositif : en refusant que les fonds de la formation continue soient détournés pour combler les béances de la formation initiale et en exigeant la révision de son contenu et de son organisation.

Ils ont une place prépondérante et c'est à ce titre que nous développeront un point spécifique.

**L'augmentation des confrontations violentes avec les patients et les conséquences dramatiques pour les soignants, entraînera probablement encore plus de difficultés de recrutement de futurs professionnels. Des mesures d'attractivité particulières doivent être rapidement mises en place pour le secteur de la psychiatrie pour inverser cette tendance.**

**Nous mesurons les dégâts à venir si le gouvernement ne décide pas très rapidement la mise en place d'un PLAN URGENCE EMPLOI FORMATION, sauf à organiser volontairement la déqualification et la diminution de l'offre de soin et par conséquence d'en limiter l'accès.**

### **3 – 3 – 3 – Formation des aides-soignants**

Concernant leur formation, il est nécessaire qu'elles aient une approche de la maladie mentale. Celles et ceux qui ont été formés dans des écoles rattachées à des établissements psychiatriques, avec intervention de professionnels de psychiatrie, sont satisfaits de leur formation, les autres reconnaissent avoir des manques.

Les personnels n'ont pas à porter la responsabilité de la déqualification des emplois. Nous demandons donc une période transitoire de remise à niveau : les emplois d'aides soignants qui existent, doivent être inscrits au tableau des effectifs en surnombre, pour permettre leur titularisation.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

**Parallèlement et dans le même temps doit être mis en place un plan de formation exceptionnel pour les conduire à la profession d'infirmier en psychiatrie.**

### **3 – 3 – 4 - Formation des psychologues**

La psychologie est une discipline à part entière, la formation des psychologues doit continuer à être assurée par des UFR de psychologie, rattachées aux sciences humaines. Cette formation comporte un volet théorique et des stages pratiques dont l'encadrement doit être sous la seule responsabilité d'un professionnel psychologue. L'actualisation de leurs connaissances et leur participation à la recherche doit être garantie.

### **3 – 3 – 5 - Les autres professionnels**

**Nous proposons que tout agent nouvellement recruté en psychiatrie bénéficie d'une formation en cours d'emploi de 3 mois au cours de sa première année de recrutement, cela du directeur à l'agent d'entretien.**

Ces formations en cours d'emploi seront adaptées aux différents professionnels autour de la notion contacts fréquents avec les patients, contacts occasionnels, gestion d'un dispositif spécifique de soin.

Cette formation permettrait à ces professionnels de mieux appréhender et comprendre la spécificité du soin en psychiatrie.

### **3 – 3 – 6 - La promotion professionnelle**

**Elle devrait permettre à de nombreux Aides Soignants d'accéder rapidement à la formation d'Infirmier. Elle devrait également permettre à de nombreux infirmiers d'accéder à la fonction cadre, dont de très nombreux postes vont être libérés avec le départ à la retraite de la génération du baby-boom, d'ici 2010.**

### **3 – 3 – 7- La Validation des Acquis et de l'Expérience**

Comme dans le cadre général, le secteur de la psychiatrie doit voir mettre en place une VAE répondant aux problèmes spécifiques du secteur. Celle-ci doit faire l'objet de négociation, module par module, pour connaître ce qui pourra être validé comme acquis et ce qui devra faire l'objet de formations obligatoires.

## **3 – 4 – la formation des infirmiers en psychiatrie**

### **3 – 4 – 1 - Rétablir un statut de salariés en formation**

Il est difficile d'imaginer qu'on puisse résoudre la crise de recrutement sans revenir au dispositif, qui existait dans le passé, à savoir un statut de fonctionnaire stagiaire pour les

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

étudiants qui s'engageraient à travailler au moins cinq ans dans un service de psychiatrie publique.

**Dès le début de leur formation, ils percevraient un salaire mensuel équivalent au SMIC.**

### **3 – 4 – 2 – Des mesures transitoires immédiates**

Si les premiers infirmiers du diplôme unique infirmier, malgré les carences de leur formation initiale en psychiatrie ont pu parfaire leur formation sur le tas par des actions complémentaires de formation continue et par le compagnonnage d'infirmiers de secteurs psychiatriques.

Ce compagnonnage devient de plus en plus difficile avec le départ massif à la retraite des infirmiers de secteur psychiatrique, ancienne formation (plus de 50% de départs depuis 2004). Aujourd'hui ces infirmiers occupent soit les postes de cadres, soit les postes sur l'extra-hospitalier et on retrouve essentiellement des nouveaux professionnels dans les services de soins. La proposition du tutorat prévu dans le plan santé mentale Douste Blazy est irréalisable au regard de la réalité des effectifs.

**Nous proposons que tous les infirmiers diplômés depuis 1995 et travaillant en psychiatrie, bénéficient d'une formation en cours d'emploi complémentaire et adaptée à leurs connaissances pouvant aller jusqu'à 9 mois. Celle-ci leur permettrait d'appréhender au mieux l'exercice de la profession d'infirmier en psychiatrie. Ces neuf mois correspondent au temps d'enseignement de psychiatrie manquant à la nouvelle formation par rapport à la formation spécifique des anciens infirmiers de secteur psychiatrique, soit de 800 à 1320 heures d'enseignement théorique et pratique.**

**Le financement de cette formation doit être nationale et hors plan de formation.**

**Cette revendication peut s'appliquer dès demain pour tous les nouveaux recrutements.**

### **3 - 4 – 3 - Un plan national pluriannuel volontariste pour l'enseignement des soins infirmiers en psychiatrie**

Depuis 2000, le nombre de places dans les IFSI a été relevé, mais certains instituts ne font pas le plein. Il est à regretter que les conditions pour assurer correctement l'enseignement n'aient pas été créées (locaux inadaptés, postes d'enseignants insuffisants, équipes enseignantes ne comportant pas de professionnels possédant une solide expérience en psychiatrie...).

**Nous revendiquons :**

- que 5000 places soient nationalement réservées à des étudiants se destinant à la psychiatrie, dans un plan pluriannuel.
- d'ouvrir un IFSI<sup>22</sup> par région, rattaché à un établissement psychiatrique afin d'être en étroite relation avec les équipes de secteur, pouvant offrir des terrains de stage

<sup>22</sup> IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

dans la plus grande diversité des structures de soins psychiatriques. Cet IFSI garantirait l'enseignement des modules optionnels en psychiatrie.

- obliger les instituts de formation d'avoir dans leur équipe pédagogique des enseignants possédant une solide expérience en psychiatrie.

### **3 – 4 – 4 - une réforme nécessaire de la formation initiale**

**Nous avons réussi à nous mettre d'accord avec trois organisations syndicales et deux associations, nous revendiquons une formation en Y avec un tronc commun de 2 ans. Proposition qui permet de respecter la dimension spécifique du soin infirmier en psychiatrie sans passer par une spécialisation après le diplôme infirmier qui risquerait, dans une démarche élitiste, de ne former qu'une poignée d'infirmiers exerçant en psychiatrie.**

#### **3 – 4 – 4 – 1 Une nouvelle organisation de la formation**

Cette formation se composerait d'un certain nombre d'Unités de Valeurs, certaines générales à la profession infirmière (tronc commun) et d'autres spécifiques à l'exercice infirmier en psychiatrie.

Pour les étudiants se destinant à l'exercice de la profession d'infirmier en soins généraux, il est nécessaire de maintenir un seuil minimum de sensibilisation à la psychiatrie et à la santé mentale.

**En même temps, il faut rouvrir des IFSI attachés à des établissements psychiatriques, au moins un par région qui serait un institut référent de l'enseignement infirmier en psychiatrie.**

Il doit exister une passerelle (VAE ou validation d'unité de valeur) entre ces 2 exercices professionnels.

#### **3 – 4 – 4 – 2 – Un enseignement partant de la conception du soin en psychiatrie**

L'enseignement des soins psychiatriques devra s'inscrire dans un projet qui favorise une réflexion et une analyse fondées sur l'observation et la relation du malade.

De nombreux rôles différents sont demandés à l'infirmier de secteur psychiatrique suivant les lieux institutionnels ou non, l'âge ou la pathologie, le degré d'urgence.

La caractéristique des soins infirmiers réside dans la présence permanente du service infirmier, le rendant ainsi disponible à la demande des malades à tous les moments de la vie quotidienne.

Le service infirmier est ainsi amené à agir vis-à-vis du milieu du malade et dans la relation individuelle. De même, il va jouer consciemment ou non un rôle, par ceux qui feront appel à lui sous ses divers aspects : animation, éducation, information, conseil.

L'autre rôle fondamental est celui du thérapeute au plan somatique et psychologique ; pour tenir au mieux ce rôle, il sera nécessaire de percevoir la dimension des phénomènes

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

inconscients mobilisés dans une relation à caractère thérapeutique individuelle ou de groupe, en impliquant, outre les malades, les divers membres du groupe de soignants, les proches mobilisables.

**Le soin en psychiatrie a la particularité d'être au carrefour d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique. La formation devra ouvrir et préparer à une collaboration avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux.**

### **3 – 5 - les médecins**

#### **3 – 5 – 1 - les postes de PH<sup>23</sup> de psychiatres vacants dans les hôpitaux publics.**

1500 postes de psychiatres sont vacants dans le secteur public. Et, sur les 13 000 praticiens environ en exercice (47% travaillent dans le privé), on estime qu'il en restera à peine 8000 dans quinze ans à cause des départs à la retraite et du numerus clausus, limitant l'accès à la formation.

#### **3 – 5 – 2 – Des postes de psychiatres des hôpitaux pourvus par des médecins non formés à la psychiatrie.**

Aujourd'hui, la psychiatrie publique embauche et donne le statut de spécialistes à deux fois plus de médecins non spécialisés que de psychiatres, en nommant des médecins à diplômes étrangers et des généralistes. Demain, la majorité des médecins en psychiatrie auront été formés au rabais.

#### **3 – 5 – 3 - Rendre l'exercice attractif dans le secteur public.**

Il faut enrayer la fuite des psychiatres qui s'accélère vers le privé, en raison de la dégradation du service public où il devient impossible de développer des projets intéressants et innovants du fait des orientations imposées par les Agences Régionales de l'Hospitalisation. Celles-ci demandent la réécriture des projets médicaux et d'établissements non conformes à la logique gestionnaire imposée par le plan hôpital 2007 et les orientations stratégiques définies nationalement sans tenir compte des besoins de la population et des propositions des professionnels de terrain.

Il faut que le service public reconquière sa capacité d'innovation en rompant avec la logique purement gestionnaire pour s'attacher à ce qui fait sa mission la qualité et l'efficacité de ses services en faveur de la population, sans discrimination.

**Nous proposons l'instauration d'une filière d'accès aux études médicales réservée aux jeunes de milieu modeste et moyen, avec un statut d'étudiant salarié et la prise en charge des frais de scolarité par, en contre partie, un contrat de service avec le service public équivalent au nombre d'années d'étude pris en charge par la nation.**

<sup>23</sup> PH : Praticien Hospitalier

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## 3 – 5 – 4 - soutenir l'installation dans les zones rurales ou difficiles.

**Pour favoriser l'installation dans les zones peu attractives, nous réfléchissons à une bonification des années d'exercice pour le calcul de la retraite, celle-ci serait financée par le ministère.**

## **3- 6 - les conditions de travail en psychiatrie**

Nous estimons qu'il est préférable d'investir dans une politique de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail que de poursuivre la politique actuelle de la recherche d'économie immédiate. Au final, celle-ci s'avère plus coûteuse en indemnisation de victimes, dont la vie aura été brisée par l'invalidité ou pire par le décès d'un proche et qui participe au désinvestissement et à la fuite des professionnels.

### 3 – 6 – 1 - réaffirmer le rôle des CHSCT<sup>24</sup>

Le CHSCT en dehors de ses missions réglementaires définies par le code du travail (retranscrites dans les décrets de la Fonction Publique Hospitalière) à pour mission essentielle d'agir sur la prévention des risques.

#### 3 – 6 – 1 – 1 – Créer un CHSCT pour les services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux

**Au regard de la spécificité de la maladie mentale et de sa prise en charge, les risques en psychiatrie sont différents des autres services de soin. Nous demandons que dans tous les hôpitaux généraux disposant de service de psychiatrie, soit mis en place un C.H.S.C.T. propre à ces services. Le nombre de C.H.S.C.T. dans un établissement se décide entre les organisations syndicales et la direction. Il faut que cette disposition prévue dans la réglementation actuelle devienne effective.**

#### 3 – 6 – 1 – 2 – Cinq jours de formation CHSCT supplémentaires sur le risque de violence

**Nous revendiquons que tous les mandatés CHSCT. bénéficient d'une formation supplémentaire de 5 jours sur le sujet du « risque violence », dispensée par les organismes agréés pour la formation CHSCT.**

### 3 – 6 – 2 - réaffirmer l'importance de la réalisation du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

Le risque de confrontation violente soignant/soigné est en augmentation dans les services et établissements de psychiatrie, il doit donc être inscrit dans le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (D.U.E ; obligatoire dans tous les établissements depuis la loi de novembre 2002). Ce risque dont les conséquences traumatiques peuvent être très graves, doit faire l'objet d'une action ciblée dans la politique de prévention des établissements et d'une évaluation tous les ans par le C.H.S.C.T.

<sup>24</sup> CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## **3 – 6 – 3 - Reconduire le chantier de lutte contre la violence et pérenniser les moyens**

En 2000, suite au mouvement de lutte dans les établissements sanitaires, le protocole d'accord national avait prévu un budget dit de « lutte contre la violence ». Seuls quelques établissements de psychiatrie ont été destinataires d'un financement pour remédier à ce risque.

La C.G.T., non signataire de ce protocole, a été écartée du comité de suivi, malgré nos demandes répétées nous n'avons jamais eu connaissance du bilan de ce dispositif. Nous savons, du fait que cette enveloppe n'était pas pérenne, que les établissements se sont très peu engagés dans l'embauche de personnels réclamée par les CHSCT, par exemple l'emploi de psychologues du travail ou le renforcement du temps de présence des médecins du travail. Les mesures prises ont tourné essentiellement sur l'équipement de matériel d'alerte (Bip...).

**Nous revendiquons la réunion d'une séance plénière avec l'ensemble des organisations syndicales, pour que soit remis en chantier un dispositif national de lutte contre la violence dans les établissements sanitaires.  
Un budget national doit être pérennisé pour inscrire de manière permanente les établissements hospitaliers dans une démarche de prévention des risques.**

## **3 – 6 – 4 – Utiliser le fonds national de prévention de la C.N.R.A.C.L.<sup>25</sup>**

Un fonds pour la prévention des maladies professionnelles et les accidents du travail a été créé et est géré par la CNRACL. Son fonctionnement est devenu effectif depuis le 17/09/03. Sur huit projets de recherche, deux seulement concernent des établissements sanitaires dont aucun de psychiatrie, alors que le risque de confrontation violente, dans ce secteur, est reconnu.

**Notre fédération a demandé pour 2005 qu'une étude soit effectuée sur ce risque en psychiatrie.**

## **3 – 6 – 5 – Augmenter les moyens de la médecine du travail**

Les moyens de la médecine du travail sont insuffisants, le nombre de médecins du travail par rapport à l'effectif des personnels à suivre est en sous-effectif, de plus les médecins en poste n'ont pas tous la qualification requise.

Depuis 2001, on note une augmentation de 69% des infirmités imputables au service dans la fonction publique hospitalière. Cette évolution inquiétante devrait mobiliser une vraie politique de prévention des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière, avec le renforcement des rôles et moyens des C.H.S.C.T et de la médecine du travail.

<sup>25</sup> CNRACL : Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

### **Nous proposons pour les services de médecine du travail :**

- une mise en adéquation des postes de médecins avec le nombre de personnels à suivre,
- que le tiers temps des médecins du travail consacré à l'étude des postes et des risques soit porté à 50%, augmentation nécessaire au regard des risques professionnels importants dans le milieu hospitalier,
- que des vacations ou des emplois d'ergonomes, de psychologues du travail ou de sociologues soient financés et que ces spécialistes collaborent avec le service de la médecine du travail.

### **3 – 6 – 6 – l'effectif de fonctionnement**

**L'effectif de fonctionnement des unités de soins doit être défini en concertation avec les soignants et les représentants du personnel. Celui-ci doit être présenté dans les CTE<sup>26</sup> dans le public ou dans le Comité d'entreprise dans le privé et dans les CHSCT.**

L'effectif de fonctionnement détermine le nombre d'emplois et leur qualification pour couvrir la totalité de l'activité de l'unité, dans la continuité des soins. Il doit être calculé dans l'objectif d'une qualité et d'une sécurité des soins optimales.

Il est inconcevable qu'aujourd'hui au quotidien, des services soient totalement désorganisés avec des effectifs qui ne permettent ni d'assurer la qualité des soins ni la sécurité des soignants et des soignés. Comment expliquer que les effectifs minimum réquisitionnés en cas de grève, pour soit disant assurer un service minimum, puissent être supérieurs à l'effectif habituel. C'est pour cela que nous revendiquons que partout l'effectif de fonctionnement soit redéfini.

Il faut se garder d'un retour à des pratiques asilaires d'enfermement et de gardiennage.

### **3 – 6 – 7 – l'effectif minimum de nuit**

**Aucun agent ne doit travailler seul dans une unité que ce soit le jour ou la nuit. Au delà de 2 agent, l'effectif de nuit devrait être calculé sur la base de la présence d'un agent pour quinze à vingt malades, dont impérativement un personnel infirmier**

Cette disposition inscrite dans le code du travail n'est pas respectée dans le secteur hospitalier. Il faut que nos représentants du personnel et les agents refusent de mettre leur vie en danger ou celle des soignés, et qu'en cas de maintien de telles dérives le directeur soit informé qu'il engage sa responsabilité pénale.

<sup>26</sup> CTE ;Comité Technique d'Etablissement

*"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

**3 – 6 – 8- ACTION : exercer le droit d'alerte lors de tout exercice seul dans une unité de soins ou lors d'accompagnement.**

à agrandir

# FICHE D'ALERTE

DATE : / / /

SERVICE : /

A Monsieur le Directeur.

Monsieur le Directeur,

Je (nous) vous informe(ons) ce jour de la situation de mon (notre) service :

Qualification	Nombre TOTAL	Du service	Autre service	Du Pool	En Intérim	Etudiants	Autre

J'avais (nous avons) en charge / / patients :

Dont (situations particulières - HO - HDT - ... ) : \_\_\_\_\_

Nouvelles admissions / / patients

**La situation rencontrée était la suivante :**

Pour cette situation, afin d'assurer une qualité des soins et la sécurité de patients :

Nous devons être :	Nombre	Qualification	Il manque donc :	Nbre	Qualif.

Je (nous) tiens (tenons) à alerter sur cette situation qui peut-être à l'origine d'incidents voire d'accidents. N'ayant pas les moyens de travailler correctement, la responsabilité de tels problèmes ne peut (nous) m'être imputée.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma (notre) considération la meilleure.

Nom(s)  
Signature(s)

Copie à :  
Directeur du Service des Soins Infirmiers.  
Monsieur le Chef de service et aux médecins du service.  
Cadre Infirmier et Cadre Supérieur du service.  
Au syndicat CGT

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## **3 – 6 – 9 - La violence en psychiatrie n'est pas une fatalité**

La violence en psychiatrie peut être liée à la maladie ou à la dégradation du contexte socio-économique. Nous insistons, une nouvelle fois, sur la nécessité de réinvestir la réflexion clinique dans les équipes de soins, pour qu'elles puissent trouver les réponses thérapeutiques pour la limiter et la canaliser.

Il faut se garder de réponses sécuritaires au risque de compromettre la dimension thérapeutique des prises en charges.

**La montée des confrontations violentes au sein des services de psychiatrie tient essentiellement :**

- à la perte du savoir-faire soignant en psychiatrie, ce qui nous renvoie aux questions de formation,
- à l'affaiblissement des effectifs car il est facile de démontrer que ces actes se manifestent souvent quand le personnel n'est pas suffisamment disponible, et qu'alors le cadre n'est plus suffisamment contenant,
- à l'absence d'une pensée thérapeutique élaborée, beaucoup d'équipes et particulièrement dans l'intra-hospitalier n'ont plus de réunions institutionnelles avec les médecins, psychologues et cadres.

**Il est nécessaire de revenir aux pratiques de la psychothérapie institutionnelles qui ont considérablement aidé les équipes, par le passé, à construire cette culture et se savoir être nécessaire pour les soins en psychiatrie. Elle a permis l'émanation d'une équipe et d'un collectif soignant.**

## **3 – 7 – la sécurité en psychiatrie**

Les moyens spécifiques pour la psychiatrie sont nécessaires au regard des différents faits divers, ceux-ci ne passant plus inaperçus depuis le drame de PAU.

**La CGT est attachée à la qualification et la professionnalisation des acteurs de la psychiatrie, cela est tout autant valable pour assurer la sécurité des soins. Nous considérons que faire intervenir des non soignants dans les services de soins pour assurer la sécurité des soins est une grave erreur.**

La sécurité des soins repose sur 2 aspects, l'un qualitatif et l'autre quantitatif. Ce dernier repose sur des principes simples de travail en équipe, par exemple le travail seul ne doit plus exister dans les équipes de soins.

La relation de soins entre le patient et ses soignants doit s'établir sur des bases de confiance mutuelle. Comment dénouer la complexité des drames psychiques sans cette confiance. Un climat d'incitation à la délation briserait ce travail.

**Une intervention physique impliquant le corps des patients ne peut être faite que par des professionnels qualifiés.**

# *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## **3 - 7 - 1 - la sécurité publique doit dépendre du préfet**

Les établissements psychiatriques font partie de la cité, comme tout établissement ils sont, pour la sécurité environnementale, tributaires de la sécurité publique régie par la préfecture.

## **3 - 7 - 2 - la sécurité des soins doit être assurée par les personnels des établissements et plus particulièrement par des soignants et des éducatifs.**

La sécurité des soins en secteurs hospitaliers ou ouverts doit reposer uniquement sur des personnels soignants formés et connaissant la maladie mentale. Faire intervenir des personnels uniquement avec comme compétence leur bonne volonté et leur force physique ne peut pas être la réponse appropriée aux besoins des situations d'agressivité et de violence. C'est oublier que l'agitation et l'agressivité sont des manifestations ou des symptômes qui s'expriment quand la relation verbale est en échec.

## **3 - 7 - 3 - Les professionnels sanitaires et sociaux doivent rester indépendants des pouvoirs de police.**

Depuis 2 ans des projets de loi visent à augmenter le caractère sécuritaire de la nation et surtout de nos professions. Dans le projet de loi SARKOZY, PERBEN, VILLEPINTE, un certain nombre d'articles visent à encourager et contraindre les professionnels à avertir l'autorité de police (le maire) en cas de connaissance de patients ou de personnes suivies pouvant entraîner des troubles à l'ordre public.

Rappelons que pour les personnels sociaux éducatifs, le « signalement » existe (comme pour tous les autres professionnels et citoyens) pour les cas de suspicion de maltraitance ou de carence éducative avérée. Les professionnels y sont globalement attachés car cela fait parti de leur mission de prévention ...

**La CGT, avec de nombreuses associations et organisations, dénonce l'approche sécuritaire que l'on veut donner à certaines professions de nos secteurs.**

## **4 – humanisation des conditions d'accueil et d'hospitalisation**

Les syndicats CGT des Etablissements Publics de Santé Mentale nous font régulièrement remonter que l'intra hospitalier est très souvent oublié des plans de modernisation des hôpitaux. Cela a pour incidence de maintenir des structures d'hospitalisation qui ne respectent pas l'intimité des malades, ni la sécurité. Il existe encore trop de lieux communs comme les dortoirs et les salles d'eau.

L'hospitalisation en psychiatrie doit offrir des conditions d'hébergement de la même qualité que les autres structures de soins. Les malades mentaux doivent être traités et considérés à l'égalité de tous les citoyens. La maladie mentale n'est pas honteuse, ni coupable.

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

Pour résorber ces situations, il faut un plan spécifique d'investissement architectural d'humanisation des services de soins psychiatriques, qui intègre bien la spécificité des soins en psychiatrie avec des lieux de vie communs et des espaces de repos et de toilette respectant l'intimité des personnes.

### **4 – 1 – Mener une politique d'investissement immobilier en psychiatrie (oublié de la modernisation d'hôpital 2007)**

Il est à ce sujet urgent de rattraper le retard créé par le plan hôpital 2007. Celui-ci a, selon nous, totalement oublié le secteur de la psychiatrie. A cette fin pour mettre à niveau les établissements, les financements doivent être octroyés partout où cela est nécessaire.

Pour ne pas se désengager de la politique de secteur, il faut éviter les effets de balancier en ne portant une attention qu'au seul service d'hospitalisation. Il est donc nécessaire dans le même temps de poursuivre le développement de structures de soins implantées dans la cité au plus près de la population. Les frais d'acquisition de maisons de villes dans les grandes métropole (au regard à la flambée des prix de l'immobilier) et de mise aux normes de sécurité représentent un investissement très important. L'extrahospitalier ne doit pas être oublié, même si pour ce dernier ce sont surtout des questions de mise à niveau de la sécurité des bâtiments.

### **4 – 2 – Accompagnement financier de toutes les nouvelles mesures de mise aux normes**

Comme nous le disions dans le point précédent, la mise en sécurité des bâtiments n'a pas pu être réalisée et suivre l'évolution des nouvelles règles dictées par le législateur, qui comme pour les autres établissements ne prévoit pas en même temps le financement.

**La CGT revendique que toute évolution réglementaire soit accompagnée d'une évaluation en direct des surcoûts et que le financement suive le texte réglementaire.**

Les dernières évolutions réglementaires ont fait peser des contraintes nouvelles sur les budgets des établissements. Ces derniers ont eu à faire des choix cornéliens entre l'emploi et la sécurité, faute de financements suffisants.

**Les établissements hospitaliers ont besoin, pour rénover et sécuriser les services, d'un engagement ferme des pouvoirs publics. Il en est de même pour l'extra hospitalier qui se situe essentiellement dans de l'habitat de ville et qu'il faut adapter pour des raisons d'ergonomie de travail. Sur le point matériel, les conditions de travail de certaines équipes sont déplorables.**

## **5 – L'accès aux soins et le droit des malades**

### **5 – 1 - L'exonération du tiers payant**

**Les soins en psychiatrie doivent être totalement soumis à la solidarité collective.**

Suite à la réforme de la sécurité sociale de juillet 2004, un décret d'octobre 2004 redéfinit la prise en charge des affections de longue durée. Depuis toujours, les maladies mentales étaient reconnues dès la date de leur déclaration comme affections de longue durée et ouvraient droit à une prise en charge à 100%. Maintenant, cette exonération du ticket modérateur n'interviendra qu'un an après la déclaration de la maladie. Cette disposition risque d'exclure des soins une grande partie de malades en rupture de lien social ou en situation de précarité. Peut-on demander au patient de payer le ticket modérateur quand il est hospitalisé sans son consentement et que des soins lui sont imposés ?

### **5 – 2 – Suppression du forfait hospitalier en psychiatrie.**

Les maladies mentales sont parmi les plus invalidantes et les plus longues. Elles ont souvent pour conséquences une dislocation des liens sociaux, entraînant souvent une exclusion ou un accès difficile au monde du travail et au logement.

Au regard de la durée ou de la fréquence des hospitalisations, le paiement du forfait hospitalier ampute de manière importante le budget des malades. Beaucoup d'entre eux vont bénéficier de l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.), une fois qu'ils ont payé le forfait hospitalier, il ne leur reste que moins de 100€, ce qui ne leur permet pas de garder un logement, de payer une mutuelle complémentaire santé et de subvenir à leur besoins personnels.

De plus, l'A.A.H est légèrement supérieure aux minima sociaux et ne permet pas l'accès au C.M.U. (Complément Maladie Universel).

**Pour toutes ces raisons, la CGT demande l'annulation du forfait hospitalier, mesure injuste et inégalitaire.**

### **5 – 3 – La représentativité des associations des usagers,**

La représentation des patients existe dans le Conseil d'Administration des établissements hospitalier. Leur désignation est du ressort du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

**Pour la CGT, nous pensons qu'il faut franchir une étape supérieure dans la démocratie et nous proposons l'organisation d'élections pour que les représentants des patients dans les CA soient élus par les patients eux-mêmes. Les représentants des familles sont bien élus par leur paire dans les conseils d'administration des établissements sociaux, médico-sociaux et les maisons de retraite possédant des lits de longs séjours.**

## *"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

Par ailleurs, toutes les associations candidates devraient être agréées par le ministère de la santé (comme les associations de consommateurs et de parents d'élèves).

### **5 – 4 – Un accès spécifique au dossier de soins**

La loi KOUCHNER de mars 2002 prévoit la communication du dossier médical au patient ou son tuteur/curateur. L'application de cette loi pour la psychiatrie nécessite certains ajustements, car la dimension psychothérapeutique de la prise en charge touche à des secrets intimes ou familiaux et dépasse le secret médical simple.

De plus, le patient ne souhaite pas toujours que son médecin généraliste puisse avoir connaissance de sujets liés à sa vie psychique.

### **5 – 5 – Le droit au logement pour les patients**

**La CGT propose que des conventions soient passées avec les sociétés d'H.L.M. pour que des logements soient réservés à la réinsertion sociale des malades qui, du fait de la durée de leur maladie, ont été désinsérés.**

Il est nécessaire que ces logements soient disséminés dans la cité et non regroupés dans le même immeuble, car cela amputerait une partie des vertus thérapeutiques de l'insertion.

Il faut une attitude volontariste des pouvoirs publics pour mener à bien cette orientation.

### **5 – 6 – Reconnaissance des psychopathologies du travail comme maladies professionnelles.**

Nous assistons en France à une dégradation de la santé mentale des salariés.

Comme nous l'évoquons dans le point psychopathologie du travail, certaines pathologies mentales sont les conséquences d'une dégradation des relations de travail et d'un changement dans le mode de gestion des personnels. Les objectifs à atteindre ne tiennent pas compte des individus ni des conditions environnementales.

**La responsabilité des employeurs doit être engagées. La C.G.T. revendique une extension du tableau des maladies professionnelles aux nouvelles formes de psychopathologie dues au travail. Nous espérons ainsi que certains employeurs, obligés d'assumer financièrement les dégâts qu'ils causent à la santé mentale de leurs salariés, mèneront une politique de gestion du personnel plus humaine.**

*"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*

## POST-FACE

\*\*\*\*\*

Les agressions, les assassinats ne sont pas une fatalité, ils ne sont pas un risque du métier, mais ils sont liés au manque flagrant de personnels dans nos services de soins, au manque de temps pour un travail clinique d'équipe. Il s'agit bien des conséquences de la mise en œuvre d'une politique de santé mentale résolument tournée vers l'économie au détriment des soins et des conditions de travail des professionnels !

Ce n'est pas en transférant tout un pan de la prise en charge de la santé mentale vers le social et le médico-social, secteur déjà sinistré, que nous répondrons efficacement aux besoins des usagers.

Comme vous pouvez le constater, le chantier est d'ampleur au regard du peu d'ambition de la politique actuelle. La santé mentale et la psychiatrie n'échappent pas aux logiques marchandes et aux restrictions de l'offre de soins.

Le projet que nous portons a besoin d'une psychiatrie publique forte.

Les incidences sur la santé mentale des salariés des nouveaux modes de production et des nouveaux modes de travail, nous amène à penser que la question de la santé mentale est l'affaire de tous les salariés.

La présence de nombreux malades atteints de pathologie psychiatrique dans les prisons, dans les rues, dans les métros, nous amène à penser que la santé mentale est une question majeure de santé publique.

**Daniel PRADA**  
**Membre de la Commission Exécutive Confédérale**  
**Responsable du dossier politique de santé**

*"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*



*"Pour un nouvel élan de La psychiatrie Française, vers une politique de santé mentale"*  
**à agrandir**

## Procès Verbal de débat

à renvoyer au : secteur revendicatif de la Fédération CGT Santé Action Sociale

Case 538 – 265 rue de Paris Montreuil – 93XXX - fax : 01 48 18 29 81 – e-mail : [revendic@sante.cgt.fr](mailto:revendic@sante.cgt.fr)

Le syndicat : \_\_\_\_\_ Etablissement : \_\_\_\_\_

La structure interprofessionnelle ou professionnelle (à préciser) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_ Région : \_\_\_\_\_

A réuni le \_\_\_\_\_ nombre de : \_\_\_\_\_ salariés \_\_\_\_\_ syndiqués

Le débat a porté sur :

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

les remarques ont été :

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

les propositions et revendications ont été :

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----