



Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2014 - n°82
Février 2014

Préparons nos Rencontres Nationales de la Psychiatrie

SPÉCIAL PSYCHIATRIE

Psychiatrie



Dans un contexte économique et social extrêmement dégradé, rien ne serait plus terrible que de ne plus réfléchir au sens de notre exercice professionnel, en psychiatrie, mais aussi sur l'ensemble du champ de la santé, du social et du médico-social.

Nous subissons 30 ans de réformes et de lois de plus en plus éloignées des préoccupations et des réponses aux besoins des malades, des usagers et des familles.

Ni la répression, ni le sécuritaire, ni l'obscurantisme n'aideront notre société à sortir de la crise. Au contraire, cela divise, empêche une construction collective qui favoriserait les progrès sociaux.

Les questions de la finance, des financements, de la gestion de nos établissements ne peuvent représenter le seul élément de réponse au coût de la santé.

Les sentiments d'abandon, d'exclusion, de marginalisation grandissent, la grande pauvreté progresse et les malades mentaux ne sont pas épargnés, au contraire...

Il est urgent de redonner les moyens en personnels et financiers pour construire une psychiatrie qui remette l'humain au centre avec, pour ambition, l'émancipation. ■

Fédération de la Santé et de l'Action Sociale

263, rue de Paris • Case 538 • 93515 Montreuil Cedex • Tél. : 01 48 18 20 98 • Site internet : www.sante.cgt.fr • E-mail : com@sante.cgt.fr

► RAPPORT ROBILIARD :

Rien ! Pas de propositions alternatives donnant un nouvel élan à la psychiatrie !



► Si nous pouvons trouver positif un certain changement de ton par rapport aux discours politiques de ces dernières années concernant la psychiatrie, on a toutefois un peu l'impression que le rapport du Dr Denys Robiliard nous laisse au milieu du gué.

Un rapport d'étape a abouti à des modifications législatives de la loi du 2 juillet 2011 sur les hospitalisations sous contrainte. Ces propositions vont dans le bon sens mais sans aller jusqu'à abolir cette loi sécuritaire, ce que porte la CGT depuis le début. D'un certain point de vue, ces adaptations rendent acceptable l'esprit liberticide qui a présidé à cette loi, ce qui est loin d'être satisfaisant.

► Le rapport a le mérite de souligner certains points sur lesquels la CGT avait déjà attiré l'attention.

Il est par exemple clairement énoncé que la loi HPST a fragilisé la sectorisation psychiatrique (p.26), qui est reconnue comme le mode d'organisation le plus pertinent pour la psychiatrie, ce dont on ne peut que se féliciter. La notion de territoire telle qu'elle est soutenue dans la loi Bachelot est en effet contradictoire avec la sectorisation. Pourquoi alors ne pas dénoncer cette loi et demander son abrogation ? Si la loi HPST reste en vigueur, aucune défense crédible du secteur n'est possible, et sa reconnaissance restera purement formelle.

► La loi HPST est, bien au-delà de la psychiatrie, un plan de casse de notre système de soins.

Autre exemple, suite à l'audition d'Edouard COUTY, le rapport remarque avec justesse (p.41) que les budgets de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux servent à l'équilibre financier des établissements mis à mal par la T2A. C'est reconnaître, de fait, que la T2A est un mauvais mode de financement qui contribue à aggraver le déficit des hôpitaux publics. Pourquoi alors ne pas dénoncer la T2A et demander une réelle visibilité des budgets de la psychiatrie ? Le problème ne se limite pas aux centres hospitaliers généraux, car la logique des contraintes budgétaires s'impose aussi aux CHS sans tenir compte davantage des besoins de la population. Sous la tutelle

des ARS, seul l'équilibre financier des établissements prévaut.

Ces exemples montrent au passage que le sort de la psychiatrie n'est pas indépendant des choix politiques qui sont faits pour l'ensemble du système de santé, et en particulier pour le financement des hôpitaux publics. Le rapport n'imagine pas d'autres modes de financement du secteur que sous la tutelle d'un hôpital, ce qui dans le contexte actuel de régression de l'hospitalisation publique ne peut que contribuer à aggraver les difficultés de la psychiatrie.

► La nécessité de repenser la psychiatrie publique suppose à la fois l'abrogation de la loi HPST et d'ouvrir le débat sur une grande loi d'orientation pour la psychiatrie. Le rapport ne suggère ni l'une ni l'autre de ces propositions.

Même si nous apprécions la reconnaissance du secteur, on peut s'étonner qu'une des premières propositions pour sa rénovation soit son association avec le secteur privé. Sur quelles bases la complémentarité pourrait-elle se faire ? On n'a pas d'exemple que cette complémentarité ne se soit jamais faite autrement qu'en réservant au secteur privé les pathologies les plus rentables.

Le secteur risque de se limiter à une organisation essentiellement administrative, avec une définition purement territoriale et une gestion qui reste hospitalo-centrée. Mettre le patient au centre du dispositif est une formule plutôt rhétorique. Ce qui doit être au centre, c'est le soin relationnel. Un secteur ne devrait pas être défini abstraitement par un territoire géo-démographique, mais d'abord par une équipe de santé mentale positionnée sur ce territoire.

► Faut-il rappeler qu'il n'y a pas de soins sans soignants ? C'est sur l'engagement de l'équipe et l'adéquation des moyens dont elle dispose que reposent les notions de proximité et de continuité des soins sur lesquelles se fondent la politique de secteur.

La proposition de généraliser les conseils locaux de santé mentale (CLSM), si elle ne doit pas être totalement rejetée, amène également ce risque d'une rigidification administrative du secteur. La pertinence des CLSM

dépend des situations locales. Le fait que les maires les président ne situe plus les CLSM dans le cadre de la seule sectorisation, les secteurs ne correspondent pas à une seule commune comme dans les grandes villes. De plus, les CLSM ne se réfèrent pas essentiellement aux soins psychiatriques mais au concept ambigu de santé mentale. C'est une conception qui, au mieux, vise à une meilleure coordination entre les différents partenaires et au pire à un véritable contrôle social.

► **La psychiatrie de secteur suppose des projets de partenariat construits par les équipes de secteurs adaptés aux situations et à l'histoire locale. La création de conseils de secteur pourrait dans ce cas se montrer une réponse plus adéquate.**

Pour pallier les insuffisances de la sectorisation, le rapport légitime une certaine généralisation des projets ciblés et d'équipe mobiles aux compétences limitées. Si toute initiative de cet ordre ne doit pas être exclue, pour autant ne s'agit-il pas en priorité de donner plus de moyens aux équipes de secteur ? On privilégie ainsi les réponses qui préoccupent les politiques, toujours sous couvert de santé mentale, plutôt que les soins pour les malades mentaux qui ne sont jamais une question politique prioritaire.

Le rapport remarque de manière pertinente que le rôle des CMP est central pour développer le secteur mais les préconisations en leur faveur, pour louables qu'elles soient, sont sans effet sans moyens nouveaux. Sans moyens supplémentaires, renforcer les CMP signifie de les regrouper et donc de fermer des CMP de proximité comme cela se passe déjà. On risque d'opposer le renforcement des structures du secteur au détriment de la politique de proximité qui en est la base.

La question des moyens est aussi décisive pour l'hospitalisation. Après les dérives sécuritaires de ces dernières années, on ne peut qu'être d'accord sur la nécessité de contrôler et de limiter les mesures de contraintes. Mais comment le faire sans poser la question des effectifs, alors que le rapport reconnaît que les réponses sont souvent imposées par le manque de personnel ? Les représentants du personnel n'ont d'ailleurs été que partiellement consultés. Certes sur l'importante question des soins aux détenus légitimement développée, la CGT pénitentiaire a été consultée. En revanche, pour le reste du rapport, seule la coordination infirmière a représenté le personnel soignant. D'autre part, le rapport laisse une place

très limitée à la pédopsychiatrie pourtant fortement mise à mal ces derniers temps et où l'augmentation d'activité est la plus importante. Le rapport aurait pu être l'occasion de rassurer sur l'avenir de cette discipline attaquée, entre autres à travers le Plan Autisme.

► **La réponse qui consiste à définir les « missions minimales » pour la pédopsychiatrie manque totalement d'ambition et risque fortement d'aboutir à une pédopsychiatrie minimaliste.**

On peut soutenir l'idée des lieux de concertation à l'échelle nationale, régionale ou locale pour la psychiatrie mais que peut-on en espérer quand les ARS arbitrent en dernier lieu les choix budgétaires en fonction du seul critère d'équilibre financier, sans tenir compte des besoins de la population ? Les plans et schéma régionaux deviendront nuls et non avenues quand ils devront être mis en œuvre sur chaque secteur.

La psychiatrie et les soins aux malades mentaux doivent être une préoccupation de l'État qui doit doter les équipes de secteur des moyens nécessaires sans se décharger sur le médico-social, même si, comme le préconise le rapport, des articulations ont à être renforcées. La politique des soins psychiatriques ne peut pas se dissoudre dans le concept de santé mentale qui répond à des

préoccupations politiques souvent légitimes, mais dans lesquelles le sort des malades mentaux est tout à fait secondaire. Les moyens dont la psychiatrie est dotée ne peuvent non plus reposer exclusivement sur la gestion hospitalière, la psychiatrie n'étant pas la priorité là non plus, surtout dans le cadre des contraintes budgétaires drastiques actuelles.

La psychiatrie, dans ses missions essentielles, n'est rentable ni électoralement ni financièrement et doit donc faire l'objet d'une reconnaissance spécifique dans un cadre législatif garantissant ses missions et ses moyens par l'état.

► **Si ce rapport peut susciter notre intérêt, c'est moins par son contenu, marqué par une certaine retenue, mais en laissant espérer une ouverture à d'autres propositions. La CGT devrait s'en saisir pour porter les siennes au débat dans le but de la mise en place d'une grande loi d'orientation sur la psychiatrie, que malheureusement le rapport Robiliard ne propose pas.**

12/01/2014



Y-a-t-il encore une place pour l'humain en psychiatrie ?

La contrainte en psychiatrie ne se limite pas à celle qu'on impose aux malades.

Aujourd'hui ce sont aussi les professionnels qui se trouvent sous la contrainte à la fois économique, politique et idéologique avec pour conséquence une contrainte de plus en plus forte et directe sur le choix des pratiques de soins elles-mêmes.

La contrainte économique n'est pas nouvelle ; sous la pression des ARS, chaque budget hospitalier est soumis à des obligations d'équilibre dont les soins subissent les conséquences de plus en plus insupportables pour les patients et le personnel.

Les contraintes budgétaires empêchent de répondre aux besoins de la population. Ceux-ci ne constituent même plus un critère pour l'évaluation des moyens, qui sont uniquement établis sur la base des objectifs de gestion.

La loi HPST n'a fait qu'aggraver cet état de fait et organise la fin de la sectorisation.

Les équipes de psychiatrie sont prises dans une véritable double contrainte entre la réalité de leurs pratiques actuelles, basées sur les besoins de la population, et les orientations politiques et économiques qui vont dans un sens opposé. De cette manière, la pratique du secteur est méthodiquement déconstruite. Au nom de la rationalité et de l'économie, les pratiques centralisées de territoire remplacent les pratiques de proximité. Les pratiques expérimentales prennent la place de la relation de soins ; ceux-ci sont réduits à l'exécution de protocoles ou de procédures.

Dans ce contexte, il n'est plus possible d'avoir une réelle politique pour la psychiatrie au niveau national. D'un département ou d'un hôpital à l'autre, les inégalités entre les secteurs se creusent et justifient l'abandon de la politique de secteur pour ses détracteurs.

Les besoins croissants de la population se traduisent par des délais d'attente de plus en plus long. L'insatisfaction qui en résulte est retournée contre les CMP et la sectorisation pour les dénigrer. Comme dit l'adage : qui veut tuer son chien l'accuse de la rage !

Les arguments économiques sont toujours en bonne place pour mettre en question la psychiatrie publique. On compare le coût d'un hôpital de jour à celui d'un IME, confondant leurs missions.

Il n'est pourtant pas sûr que le secteur revienne si cher au vu des services rendus. En région parisienne, les moyens d'un SESSAD pour 30 enfants correspondent à ceux d'un CMP ayant une file active de 300 enfants.

Le médico-social doit garder sa place spécifique mais ne pourra jamais remplacer la mission d'un service public de psychiatrie.

Même si les contraintes financières ne sont pas nouvelles, il n'est plus possible aujourd'hui de mener un projet en psychiatrie quel qu'il soit, même à moyens constants.

Tout moyen susceptible d'être disponible est aussitôt récupéré au nom de l'équilibre financier des hôpitaux, quand ce n'est tout simplement pas la vente du patrimoine qui sert à cet équilibre. En la matière, les structures extra-hospitalières en psychiatrie sont une ressource convoitée.

Les gouvernements récents se sont opposés à une loi d'orientation et de programmation pour la psychiatrie, comme le demande la CGT, mais il existe bien une loi non-écrite qui programme la disparition de la politique de secteur .

Passer par une loi obligerait à reconnaître explicitement les choix qui sont faits. Ces choix politiques sous contraintes économiques ont aussi des conséquences sur le choix des pratiques et sur la conception même des maladies mentales.

La politique actuelle, incarnée par la loi sécuritaire de 2011, prend le contre pied du courant humaniste qui a porté - surtout depuis la guerre - les orientations déségrégatives et désalienistes de la psychiatrie française à la base de la politique de secteur .

Cette histoire nous a montré que les choix politiques en psychiatrie était liés à l'image que l'on avait de la folie.

Il n'est pas étonnant que ceux qui veulent casser la psychiatrie publique porteuse de cet héritage, cherchent à imposer des modèles de la maladie

mentale basés sur un déterminisme réducteur.

“ La Psychiatrie vit sous la contrainte des décennies de réformes et de lois néfastes à la prise en charge des malades et usagers. ”

De quoi le Plan Autisme est-il le nom ?

Ce sont aujourd'hui les concepts même de la discipline qui sont attaqués. Il ne faut donc pas s'étonner de voir les politiques prendre parti dans les débats scientifiques concernant la psychiatrie.

Dernier en date, le plan autisme, étayé sur le rapport de la HAS (Haute Autorité de Santé), cache une attaque en règle contre la pédopsychiatrie publique

On ne peut comprendre le plan autisme sans le mettre en perspective des différentes attaques contre la psychiatrie et la psychanalyse. Il a été précédé par la loi du 5 juillet 2011 qui repose, plus ou moins implicitement, sur le postulat d'un lien entre maladie mentale et dangerosité. Il a également été précédé par la loi sur la prévention de la délinquance et la présomption de culpabilité des malades mentaux, sans compter le tristement fameux rapport BENISTI, le rapport de l'INSERM sur les troubles du comportement et les rêves totalitaires d'interdiction de la psychanalyse pour les autistes.

Notre combat pour une psychiatrie humaniste ne doit pas se contenter d'une riposte isolée à chaque attaque. Il faut mettre en évidence la profonde cohérence des différents plans et lois qui se sont succédés..

Les conceptions scientifiques de la psychiatrie, les conceptions normatives et sécuritaires et les choix de sa gestion libérale convergent dangereusement pour justifier la fin de la liberté des pratiques .

Il ne s'agit pas de condamner telle ou telle méthode en soi, mais il ne faut pas ignorer que certaines approches, par leur méthodologie même, sont prédisposées à être perverties par l'économie. Certains traitements ou méthodes qui visent la simple réduction du symptôme ou du comportement déviant peuvent être l'objet d'une marchandisation facile.

Marx disait que **“Le fétichisme de la marchandise occultait les rapports sociaux c'est à dire humains. La marchandisation du soin est la première étape de sa déshumanisation”**.

Le choix des pratiques est indissociablement lié à leurs modes de financement. Au nom des réductions budgétaires les professionnels, sacrifient soit leurs pratiques jugées les moins rentables, soit cherchent à valoriser les plus rentables, à défaut d'être les plus utiles. Dans d'autres cas comme pour le Plan autisme, les bonnes pratiques sont préalablement imposées sous couvert d'un pseudo validité scientifique qui masquent mal les enjeux économiques.

Il n'est que de voir l'insistance des lobbies qui soutiennent ce plan à mettre en avant le coût avantageux des méthodes de conditionnement comportemental, mais qui oublient de dire que les parents doivent faire appel à des prestataires libéraux extérieurs pour assurer les autres suivis (orthophonistes, psychomotriciens...).

Le Plan autisme est, de ce point de vue, une ouverture à la libéralisation du marché pour les Troubles Envahissants du Développement (TED).

La région parisienne est à l'avant garde de cette politique : centre de loisir pour autistes sponsorisé avec prestataires privés, tests pour l'autisme à 400 euros dans les beaux quartiers, officines de psy ou infirmiers pour interventions à domicile.

En ce sens, le plan autisme est un plan d'inspiration à la fois libérale et totalitaire. Il impose une restriction non seulement à la liberté des pratiques, mais aussi à la liberté de penser.

La contrainte s'impose aux professionnels, aux patients, aux parents et aux institutions.

Le choix de ces pratiques va de pair avec une déqualification des personnels ce qui permet des économies, mais aussi une plus grande malléabilité des professionnels, peu critiques, formés à une approche unique.

Cette contrainte s'impose aussi aux parents. Ils sont fortement culpabilisés s'ils n'adoptent pas la méthode préconisée.

La politique actuelle repose sur un triptyque:

1) SECURITAIRE / NORMATIF

On retrouve les mêmes arguments démagogiques. Que ce soit sur la prétendue dangerosité des malades mentaux ou pour justifier la scolarisation à tout prix des enfants autistes, ce qui est en jeu, c'est le déni de la souffrance psychique. La maladie mentale dans sa dimension spécifiquement humaine est réduite à un comportement criminel ou à un handicap.

2) SCIENTISTE

Rien ne justifie l'autisme et la délinquance aient un déterminisme similaire. Or, toutes les lois sécuritaires, comme le Plan autisme et le rapport de la HAS qui l'a précédé, ramènent des troubles ou des comportements complexes, assurément multifactoriels, à une seule composante biologique, justifiant des sentences prédictives sans appel.

Ces conceptions sont présentées, de manière totalitaire, comme indiscutables. Seules les sciences biologiques sont reconnues, au détriment des sciences humaines. Les unes ne s'opposent pas aux autres, sinon la médecine finirait par devenir, comme disait Lucien BONNAFE, psychiatre désalieniste français, une « science inhumaine ».

3) LIBERAL

Le modèle scientifique et normatif s'inscrit, comme nous l'avons vu, dans une logique libérale qui conduit à privilégier les réponses évaluables, chiffrables et donc tarifables. Il s'agit non seulement de réduire les coûts, mais aussi d'ouvrir un marché et d'en assurer la rentabilité. Cette politique se traduit par une forte réduction de l'offre publique de soins.

Le triptyque sécuritaire, scientifique et libéral donne sa cohérence à la politique actuelle de destruction de la psychiatrie.

Si, en son temps, l'antipsychiatrie a pu apporter une critique, parfois réductrice, mais humaniste, on a affaire aujourd'hui à une véritable antipsychiatrie de droite, foncièrement déshumanisante. ■

“ La mort du secteur marquerait la fin d'une conception humaine de la folie. ”

Psychothérapie Institutionnelle et militantisme

👉 Dans leur histoire, la Psychothérapie Institutionnelle et le militantisme ont, par leur fonctionnement, une conception commune et engagée du soin.

Aujourd'hui, pour certains détracteurs, la Psychothérapie Institutionnelle est dépassée. C'est parfois d'abord en méconnaître les pratiques et nier une parole et des techniques du « prendre soin » en psychiatrie. Le patient est en priorité un humain en souffrance, mais aussi un sujet et non pas un objet.

Militer, revendiquer, pour faire évoluer la société qui nous entoure dans un engagement vers le progrès social oblige les professionnels en psychiatrie à se référer à l'histoire pour mieux

cerner le mécanisme du système capitaliste qui asservit les hommes et diminue leurs capacités d'émancipation.

👉 Les dérives sécuritaires et idéologiques rétrogrades obligent les professionnels engagés à réinvestir et à revisiter les outils qui ont permis à la psychiatrie d'être innovante.

Comment professionnels, malades, salariés se rassemblent pour construire une psychiatrie humaniste et citoyenne dans le cadre d'une loi d'orientation et de programmation pour la psychiatrie s'appuyant sur un grand service publique de la santé et de l'action sociale ?

► De nombreuses luttes ont lieu dans les établissements et services de psychiatrie. La Fédération a demandé une rencontre au Ministère de la Santé et des affaires sociales. Nous avons été reçus le 16 janvier 2014.

La délégation était composée d'établissements en lutte : CHS du Vinatier, St Egrève, CHS de Caen, d'une représentante de la Commission Nationale de Psychiatrie. La Secrétaire Générale de la Fédération conduisait la délégation.



Nous avons abordé :

► La mise à mal de la psychiatrie de secteur et de l'extra hospitalier

► La fermeture des lits dits « classiques » en psychiatrie

► Les restructurations, délocalisations, externalisations...

► La question des « cadences » dans les unités de soins (les patients sortent, et reviennent quelques semaines plus tard faute d'une prise en charge adaptée).

Le ministère nous a indiqué être en lien étroit avec les ARS et qu'il retournera vers elles pour rendre compte du contenu de nos échanges.

Visiblement, les ARS ne portent pas tous les éléments à la connaissance de la Tutelle du Gouvernement. Le ministère se refuse à intervenir dans les établissements où les directions, souvent, vont au-delà de leurs prérogatives et dérapent. Pour autant, il reconnaît son inquiétude sur les tensions qui existent dans les établissements de la psychiatrie.

Nous avons insisté sur la situation, explosive dans bien des endroits,



alertes, construire et bloquer des dossiers quand c'est nécessaire, avec un pouvoir décisionnel.

Le ministère nous a réinterrogés sur l'évolution ou sur notre positionnement concernant la formation spécifique ou spécialisée d'infirmier en psychiatrie.

La CGT a indiqué que nous revendiquions depuis de nombreuses années une formation spécifique, mais que la forme n'était pas encore tranchée et pouvait évoluer en fonction des nouvelles données autour de la formation initiale de la reconnaissance des qualifications...

De plus, le Ministère a bien entendu que

et sur la responsabilité politique, à la fois comme décideur et comme employeur de la Tutelle du Gouvernement. Nous avons réaffirmé en mesure immédiate un moratoire de toutes les fermetures, restructurations, délocalisations... et l'urgence d'abroger la loi HPST qui centralise tous les pouvoirs et réfute tout dialogue et démocratie sociale. Le CTE devrait être le lieu juridique et démocratique pour déclencher des

notre première exigence était l'ouverture de négociations sur l'ensemble des sujets qui sont les socles des revendications des salarié-es de notre Fédération : salaires, emplois, qualifications, dans le cadre d'une prise en charge de qualité en psychiatrie. ■

Echos de la région Rhône-Alpes : une initiative coordonnée

► **Le 22 novembre 2013, une initiative a rassemblé des salariés, des militant-es de la psychiatrie et de l'action sociale.**

Le but :

- Faire converger les multiples actions qui ont lieu dans les établissements de la région.
- Faire le lien entre les personnels des établissements de la psy et les personnels des structures de l'action sociale.

► Pouvoir, à terme, agir ensemble sur des actions communes mettant au cœur les besoins des populations et les revendications des personnels.

De partout la pénurie de moyens et de personnels est criante.

- les fusions, restructurations, externalisations, mutualisations font des ravages.
- nous assistons à une déqualification des professions.
- les personnels perdent les espaces collectifs, les espaces de pensée qui donnent du

sens au travail.

► la logique budgétaire va à l'encontre de la logique de soins ou d'accueil.

► nous assistons à un contexte délétère.

Nous devons trouver la solution pour travailler ensemble, nous mobiliser ensemble...



Le collectif psy de la région Rhône Alpes travaille en ce sens et a une participation à la hausse.

Le collectif régional CGT 59/62 de Psy, en ordre de marche pour tenter de construire « une psychiatrie humaniste et démocratique ».

► **Petite photographie de la région :**

- 4 millions d'habitants
- 33 établissements publics et privés accueillent de la psy,
- 60 secteurs de psy adulte, 27 intersecteurs de pédopsy.
- 4 EPSM (3 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais),
- un grand nombre de secteurs rattachés aux hôpitaux généraux,
- un accès aux soins plus tardif que dans les autres régions
- un retard sanitaire par rapport à la moyenne du pays,
- une grande disparité au plan de la psy, au sein même de la région. Le Pas-de-Calais et le sud du département sont plus défavorisés. Les secteurs de psy les plus démunis sont ceux rattachés aux CH.

Face à la politique cohérente de l'ARS, les syndicats CGT de la Psy se devaient de se rencontrer, agir ensemble, en cohérence, avec :

- la mise en œuvre par l'ARS 59/62 de projets de restructurations en Psy, loi HPST oblige,
- le projet de rapprochement des

EPSM dans le Nord,

- les baisses des crédits destinés à la Psy en 2012 et 2013.

Les syndicats CGT ont su définir une stratégie commune, en ayant conscience qu'ils ne peuvent vivre en autarcie. Il eut été néfaste de défendre des positions divergentes d'un établissement à un autre.

Dans cette démarche d'intérêts communs, nous nous sommes attachés à nous réunir dans un établissement ou un autre, organisant diverses initiatives :

- Distribution de tracts,... différentes prises de parole, banderoles, drapeaux, autocollants
- Soutien aux actions locales, exemple, Maubeuge où les personnels revendiquaient une augmentation de leurs dotations budgétaires...

Lors d'une réunion et action à l'EPSM de St André (agglomération lilloise) en avril 2013, une camarade a fait la triste remarque : « il n'y a plus de place pour l'humain en psy ».

Cette réflexion nous a permis de définir le thème du second colloque dont l'idée germeait depuis un moment.

En octobre 2008, déjà, la région Nord-Pas-de-Calais avait organisé un 1er colloque intitulé « *Psychiatrie et libéralisme, résister ou se soumettre* ».

Après un plan de travail intense, les syndicats CGT du Nord et le collectif 59-62 ont ouvert les travaux « *Y-a-t-il encore de la place pour l'humain en psychiatrie ?* » le 12 novembre 2013. Avec plus de 330 participants, les objectifs étaient plus qu'atteints. Une participation des syndiqué-es importante et surtout 2/3 de non-syndiqué-es. Le monde de la psychiatrie, les familles, ainsi que l'interprofessionnalisation de ce colloque sont à souligner. Des contacts et échanges ont permis des rencontres inespérées.

Ce fut l'occasion de sortir du constat et de redonner espoir, envie de SOIGNER et de TRAVAILLER autrement.

Pourquoi une grande loi d'orientation pour la Psychiatrie ?

► Une grande loi de programmation et d'orientation pour la psychiatrie prend une dimension nouvelle.

Si la CGT est porteuse de cette exigence depuis longtemps, elle n'est pas seule à attendre une loi pour la psychiatrie qui ne soit pas seulement un article dans le texte de santé publique. Elle n'est possible que si en amont on abroge la loi HPST qui elle, n'a eu comme effet que de poursuivre les restructurations et le démantèlement de la psychiatrie.

Les intentions louables en faveur de la psychiatrie se heurtent au manque de moyens humains, aux contraintes financières et à l'abandon d'une réelle politique de psychiatrie de secteur qui mette au centre l'humain.

► Une nouvelle loi non limitée à l'aspect sécuritaire pourrait permettre de repenser la place des soins sous contrainte comme élément structurant de la prise en charge.

La politique de secteur donne de la cohérence à la politique de santé publique en matière de psychiatrie.

Il faut donc réclamer un cadre législatif pour s'opposer à toutes les lois rétrogrades portant uniquement des contraintes économiques, ce qui a tellement mis à mal la psychiatrie ses dernières années. Rien n'est possible si cela ne s'appuie pas sur des équipes pluridisciplinaires au service de la population.

► La psychiatrie de secteur oblige un dispositif humain qui met au centre les salariés, les malades, les familles, avec un enjeu indispensable qui est : l'emploi, la formation, la qualification et les rémunérations. ■



LES RENCONTRES NATIONALES DE PSYCHIATRIE organisées par EMERGENCE auront lieu **les 2 et 3 avril 2014 à Montreuil.**

Elles auront pour thème central :

« Y-a-t-il encore de la place pour l'humain en psychiatrie ? »

Exigeons, Ensemble, dans le cadre d'un grand service publique de la santé et de l'action sociale, une loi d'orientation et de programmation pour la psychiatrie.

Pour vous inscrire, contactez votre syndicat CGT.



Répétons-le, pas d'autre solution que de nous unir tous ensemble !