



INFOS MEDECINS

LE CHANGEMENT, C'EST QUAND ?

Sommaire :

Edito

P 1

« Pacte de confiance pour l'Hôpital » :

Des propositions timides et frileuses, sans réelle rupture avec la logique HPST

P 2

Compte Epargne-Temps :

De quoi ce CET est-il le nom ?

P 5

La nécessité pour la CGT d'une loi d'orientation pour la psychiatrie

P 6

Au-delà des déclarations d'intention de la Ministre de la Santé et du Premier Ministre, qui peuvent paraître attrayantes, force est de constater que le changement se fait attendre au quotidien.

Les restructurations, les plans de retour à l'équilibre, les emprunts toxiques, les partenariats public/privé... sont toujours d'actualité, et rien ne semble avoir changé au niveau des ARS qui appliquent les mêmes potions amères définies par le gouvernement précédent.

La loi de finance de la sécurité sociale adoptée par le Parlement à l'automne et la régulation prix-volume de la T2A qui se profilent ont provoqué une réaction virulente de la Fédération Hospitalière de France – organisme pourtant très raisonnable – qui évoque le risque d'une suppression de 35 000 emplois !

Il est nécessaire que le gouvernement prenne en compte le fait que l'hôpital va mal et que le maintien et le développement de notre système de santé, notamment hospitalier, ont un coût. Que des réformes structurelles soient nécessaires, c'est une réalité que la CGT a été l'une des premières à mettre en avant depuis de nombreuses années ! Mais une réorganisation du système ne peut se faire aujourd'hui sans allocation de moyens supplémentaires, au risque d'être un échec.

Une des limites de la politique actuelle est que les seules nouvelles mesures prises par le gouvernement s'apparentent à une capitulation contre des lobbies, qui continuent à détricoter notre système de protection sociale solidaire : l'accord sur les dépassements d'honoraires en est l'illustration la plus frappante.

Vous trouverez, dans ce numéro, plusieurs articles d'analyse et de propositions. Propositions que nous souhaitons pouvoir présenter dans le cadre d'un véritable cycle de négociations pour initier un véritable changement à l'hôpital !

Dr Christophe Prudhomme
Commission exécutive
Fédération CGT de la santé et de l'action sociale

« Pacte de confiance pour l'Hôpital » : Des propositions timides et frileuses, sans réelle rupture avec la logique HPST

Même si, à l'heure où nous écrivons ces lignes, les conclusions des travaux de la mission Couty ne sont pas encore connues en détail, les éléments qu'a laissé filtrer son Président permettent de se faire une idée du périmètre des propositions qui vont être faites à la Ministre de la santé, en vue de restaurer ce fameux « pacte de confiance » à l'hôpital.

La réaction réservée de la CGT a pu surprendre dans ce qui apparaissait comme un concert consensuel de louanges de nombreux participants, issus du secteur public comme du secteur privé. Certes, la presse a mis en avant un certain nombre de propositions que nous jugeons aussi très positives et qui étaient très attendues : la réintroduction de la notion de service public hospitalier devrait remplacer les réductrices « missions de service public » ; la nécessité d'une articulation territoriale précisant le rôle des différentes structures est affirmée ; une critique de la T2A comme mode de régulation financière est formulée pour certaines activités ; la gouvernance hospitalière est remise en question, proposant une réintégration du corps médical et des élus locaux dans le pilotage du secteur hospitalier ; le maintien de la sectorisation est réaffirmé pour la psychiatrie.

Pour résumer ce qui pourrait apparaître comme une critique radicale des errements des années et des gouvernements précédents, Edouard Couty met en avant l'idée que « l'hôpital n'est ni une entreprise, ni une administration ». Voilà de quoi faire plaisir à beaucoup de monde, de tous les côtés...

A supposer que la Ministre prenne en compte toutes les propositions issues de ces travaux, ce que nous attendons de voir, cela serait-il suffisant pour espérer une rupture avec la logique de la loi HPST, une redéfinition du secteur public hospitalier et des moyens qui lui seront attribués, un renouveau du dialogue social et une prise en compte des besoins, tant des personnels que de la population ?

• Sur la gouvernance de l'hôpital :

c'était le gros point d'achoppement, qui a conduit les médecins dans la rue en 2009.

Même si le rôle et les pouvoirs du Président de CME sont renforcés, il s'agit d'un simple retour à l'antérieur, qui valide la disproportion entre le corps médical et les personnels non-médicaux, et qui réserve encore à un tout petit groupe d'initiés le pouvoir d'intervenir dans le projet médical et la définition des objectifs et des moyens.

Plus grave encore, le symbolique remplacement des services par les pôles, c'est-à-dire d'une logique de gestion clinique par une gestion fondée sur des critères financiers, est clairement validé. Où est la rupture avec la logique d'entreprise et dans la tentative d'intégration des médecins à cette logique ?

• Sur les conditions de travail des médecins à l'hôpital :

la mission Couty reconnaît certes la nécessité d'une instance assurant la vigilance et l'intervention sur ce domaine essentiel ; son audace est cependant de courte durée, puisqu'elle propose de pérenniser le clivage entre les personnels médicaux et les autres (voir encadré « un ou deux CHSCT ? » ci-contre).

• Sur le temps de travail des médecins :

Autre volet de l'attractivité des métiers médicaux des hôpitaux publics, il est tout simplement absent des débats et des conclusions du « pacte de confiance » (voir encadré page 4 « Propositions de la CGT pour le temps de travail des médecins ».)

• Sur la représentation syndicale des médecins à l'hôpital :

Aucune avancée n'est proposée, les praticiens restent représentés exclusivement par une CME, dont une grande part des membres sont nommés de droit et non élus, et où la représentation de certaines catégories (universitaires, responsables d'unités) est outrageusement surévaluée.

• Sur le financement de l'hôpital :

Certes, la critique de la T2A était attendue, mais la seule proposition reste vague : remplacement pour partie de la T2A par un système d'allocation forfaitaire (quelle répartition ? quel mode de calcul ?), sans option sur la logique de régulation, qui devrait selon nous s'appuyer exclusivement sur les besoins de santé publique, par enveloppes forfaitaires dans le cadre de budgets pluriannuels ; dans ce cadre, la logique fermée de l'Objectif des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) doit être contestée.

La mission Couty n'ose aucune critique de la logique de « retour à l'équilibre » qui asphyxie les hôpitaux publics. Le problème crucial des investissements hospitaliers n'est pas abordé sur le fond. (voir encadré page 4 : « Les propositions d'urgence de la CGT pour le financement de l'hôpital public »)

• Sur la place du secteur public dans le système de santé :

La nécessité d'une politique de santé territoriale est certes affirmée, accompagnée de vœux pieux sur la « complémentarité plutôt que la concurrence ».

Mais qui pourra croire que le secteur privé lucratif et libéral saura respecter cette complémentarité sans coercition, puisqu'il s'y refuse depuis des décennies ?

Pour la CGT, le système de santé hospitalier français doit être entièrement adossé à l'hôpital public, organisé selon un système gradué, dans une logique de définition territoriale des besoins et des moyens ; le secteur privé lucratif n'y a pas sa place, et le financement public, celui de la Sécurité Sociale, doit aller exclusivement au secteur public et assimilé. ■

UN OU DEUX CHSCT ?

L'intérêt pour les conditions de travail des médecins commence à prendre corps, puisque, dans les suites du rapport Toupillier (2011), puis de l'accord cadre sur l'exercice médical à l'hôpital (2012), la mission Couty propose la mise en place de véritables Comités Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT), pour les médecins. Rappelons que les actuels CHSCT, s'ils ont vocation à s'intéresser tous les personnels de l'hôpital, prennent rarement en compte une population qui n'est pas directement représentée dans cette instance, puisqu'y siège au mieux un représentant de la CME.

Les CHSCT sont des instances paritaires, où siègent des représentants des directions des hôpitaux et des représentants du personnel, désignés par les organisations syndicales au prorata de leur représentativité. Leurs missions, qui s'accompagnent de moyens d'actions définis par la loi (expertise, droit de retrait, etc.), sont fondamentales dans des métiers comme les nôtres. Il n'est que temps de mettre en place ces instances, longtemps négligées, et souvent shuntées par de tenaces habitudes du corps médical, préférant souvent régler individuellement des

problèmes pourtant collectifs (matériel et lieux de travail, conditions de vie à l'hôpital, exposition aux risques, mais aussi rythme et temps de travail, pénibilité, souffrance au travail).

La mission Couty propose cependant la mise en place de deux commissions au sein du CHSCT, avec une représentation distincte des personnels médicaux et non-médicaux. Nous ne pouvons pas être d'accord avec ce montage qui, outre qu'il est probablement en contradiction avec la loi, consisterait à traiter dans des lieux différents et peut-être de manière différente des problématiques qui concernent à l'identique tous les personnels de l'hôpital, médecins compris. Cela ferait persister par ailleurs un déséquilibre de représentation (sans rapport avec le poids numérique de chaque catégorie), et permettrait toutes les manœuvres consistant à opposer une catégorie de personnel à une autre.

La CGT demande la mise en place rapide de CHSCT représentant tous les personnels de l'hôpital, sans distinction de profession ou de fonction, avec le même type de représentation.

PROPOSITIONS DE LA CGT POUR LE TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS

- ◆ Le temps de travail doit être clairement défini, et non plus en « demi-journées » mais en heures, permettant un encadrement des missions.
- ◆ Si la durée maximale de service reste égale à 48 heures par semaine, le delta 39h/48h doit être financièrement valorisé (heures supplémentaires)
- ◆ La borne de 48 h doit rester un maximum autorisé, et non devenir la règle commune, particulièrement pour les services en temps médical continu.
- ◆ Les éléments de pénibilité du travail (week-ends, nuits) doivent être valorisés, non seulement financièrement (indemnité de sujétion), mais par une bonification de la retraite.
- ◆ Le temps additionnel doit faire l'objet d'une réflexion sur sa pertinence et la nécessité qu'il démontre d'un travail sur les effectifs médicaux.
- ◆ Le temps de travail « texturant », c'est-à-dire dédié à des missions non cliniques comme l'enseignement, la recherche, la prévention, le travail institutionnel, doit être intégré dans le temps de travail ; il doit en particulier faire l'objet de vacances permettant la diversification des missions des praticiens dans leur carrière.

QUELQUES PROPOSITIONS D'URGENCE POUR REDRESSER LA BARRE DU FINANCEMENT DE L'HOPITAL PUBLIC

- ◆ Recapitalisation par l'Etat des hôpitaux publics les plus endettés, pour les sortir de la spirale des déficits structurels qui les asphyxiera inévitablement.
- ◆ Création d'un pôle public de financement adossé à la Caisse des Dépôts et Consignations, permettant pour les hôpitaux publics un financement des investissements à taux bonifiés.
- ◆ Prise en charge des emprunts toxiques par l'Etat, dans une structure spécifique qui n'empiète pas sur le financement global du système de santé.
- ◆ Exonération de la taxe sur les salaires (2,5 mds d'euros) et de la TVA sur les investissements (2 Mds d'euros), qui constituent un prélèvement injuste dans les caisses de la Sécurité Sociale, au bénéfice d'autres postes financiers de l'Etat.
- ◆ Arrêt complet des Partenariats Public-Privé (PPP), dont l'exemple emblématique de l'hôpital Sud-Francilien illustre l'arnaque qu'ils constituent au plus grand bénéfice des grands groupes privés du bâtiment.
- ◆ Suppression du système inflationniste et sélectif que constitue la T2A, et construction des budgets hospitaliers sur la base d'enveloppes forfaitaires par objectifs de santé publique, dans le cadre de budgets pluri-annuels.

Bulletin de contact

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Age : _____ Profession : _____

Tél : _____ Portable : _____ E-mail : _____

Etablissement (nom et adresse) : _____



Je souhaite prendre contact me syndiquer

A retourner à : Fédération CGT Santé Action Sociale
Secteur Qualité de vie syndicale 263 rue de Paris - Case 538
93515 MONTREUIL CEDEX - orga@sante.cgt.fr



Compte Epargne-Temps : De quoi ce CET est-il le nom ?

Fin décembre 2012 sont parus deux décrets encadrant la gestion des comptes épargne temps (CET), après négociation avec une partie des organisations syndicales. (Rappelons que l'alliance CGT-AMUF CGT a été arbitrairement écartée de ces négociations, malgré une représentativité acquise chez les PH lors des dernières élections).

La plupart des syndicats de praticiens se sont félicités du contenu de ces décrets, y voyant des avancées significatives. Attitude paradoxale alors qu'ils avaient expliqué l'an dernier qu'ils avaient signé le protocole d'accord sous la contrainte. Pourquoi n'avoir pas réclamé une réouverture des négociations ? Notre avis sur cet accord a toujours été très négatif. Nous vous proposons d'y regarder de plus près.

Quelques points positifs peuvent certes être mis en avant :

- ◆ la suppression du délai de péremption de 10 ans des jours accumulés sur le CET ;
- ◆ l'obligation pour les établissements de provisionner les sommes correspondantes dans leur budget ;
- ◆ le suivi du CET en cas de changement d'affectation du praticien ;
- ◆ l'assimilation des jours de CET à des congés, avec maintien des primes afférentes.

Le CET est désormais limité à 300 jours, et même 208 à partir de 2016. Le praticien a la possibilité de se faire payer une partie de son CET chaque année, au-delà de 20 jours acquis. Cependant, on constatera que le ministère de la santé a refusé toute revalorisation

financière de la monétisation des jours de CET, toujours valorisés actuellement à 300 euros pour un PH (taux moyen du 10^e échelon de PH).

L'utilisation des CET pour monnayer une bonification de la retraite (par l'intermédiaire d'une complémentaire retraite), réclamée par certains syndicats, n'a pas été acceptée par le ministère. Ce rapide bilan permet de montrer que nous restons globalement dans un statu-quo par rapport à la situation précédente. Aucune réflexion de fond n'a été menée sur le sujet, tout simplement par l'absence de contradicteurs sérieux.

Car de quoi parlons-nous ? Que représente, dans la vie professionnelle d'un médecin hospitalier, le fait d'avoir cumulé 300 jours de CET, sinon l'expression, d'une part d'un manque criant d'effectifs en nombre suffisant, d'autre part de conditions de travail largement dégradées ? Pouvons nous continuer à nous satisfaire de compensations financières, qui apparaissent comme un os à ronger, au regard des conséquences de restructurations, de plans de retour à l'équilibre, qui ont désorganisé le fonctionnement des équipes, réduit le nombre de postes ?

Pour le personnel médical comme pour le personnel non-médical, les CET

ne sont rien d'autre que le décompte d'heures supplémentaires effectuées pour compenser une gestion catastrophique des effectifs de l'hôpital public. Solution peu coûteuse pour les hôpitaux, CET comme temps additionnel ne sont à terme qu'une source de perte de motivation, de désorganisation et d'épuisement professionnel. Dans une gestion idéale des ressources humaines, CET et temps additionnel ne devraient apparaître qu'en quantité réduite, dont on peut imaginer qu'elle pourrait servir à compenser la pénibilité de certains emplois (en continu, à gardes), permettant par exemple une réduction du rythme de travail dans les années précédant la retraite, ou une bonification de cette retraite. Même s'il peut apparaître à contre courant de l'idéologie et des habitudes ambiantes, La CGT souhaite lancer ce débat, et le lancer sur le terrain qui est vraiment le sien : celui de la réflexion et de l'action sur les effectifs, dans les différents services, des médecins hospitaliers. ■

La nécessité pour la CGT d'une loi d'orientation pour la psychiatrie

**Texte introductif du Dr Stéphane Barbas aux Journées de rencontres régionales
de la commission nationale de psychiatrie des 14 -15 -16 novembre 2012 à COARAZE.**

La CGT demande une loi d'orientation ou de programmation pour la psychiatrie. Cette nécessité a été reprise dans certains rapports officiels, comme le rapport COUTY ou le rapport MILON au sénat, c'est aussi une attente d'autres organisations syndicales, notamment de psychiatres. Pour autant, nous ne partageons pas les solutions qui sont proposées dans ces rapports. Il est donc indispensable de discuter du contenu de cette loi d'orientation. Un texte définissant de manière cohérente l'organisation de la psychiatrie apparaît d'autant plus nécessaire que dans la période précédente, différentes lois sont venues attaquer le service public de psychiatrie, que ce soit la loi HPST ou la loi du 5/07/2011 sur les hospitalisations sous contrainte. Le moins que l'on puisse dire, c'est que ces lois ont été mises en œuvre sans réelles concertations et même contre l'avis de la majorité des professionnels. Une future loi d'orientation devra être précédée d'une vraie concertation avec les organisations représentatives parce que, même si beaucoup la réclame, les avis sont divergents sur son contenu et qu'un tel sujet mérite de prendre le temps. Il faut en finir avec les lois prises à la hâte au gré des faits divers.

Un état des lieux préalable

La première étape indispensable est de faire un état des lieux portant sur les moyens :

- matériels et en équipement, en particulier au niveau de l'implantation des structures ;
- humains : à savoir les effectifs réels budgétés et le taux de postes pourvus ; tenant compte de la projection de la démographie dans les différentes professions et des ratios par rapport aux besoins et de la situation sur la formation de ces personnels.

En corollaire, l'état des lieux devra rendre visibles les budgets réellement alloués à la psychiatrie. Aujourd'hui cette visibilité n'est guère possible, notamment sur les hôpitaux généraux où les budgets sont noyés dans les budgets MCO et où la psychiatrie a bien souvent servi à équilibrer les comptes de l'hôpital.

Le bilan devra porter également sur les besoins à partir de l'activité des secteurs, dont les bilans montrent depuis des années une augmentation régulière, mais qui n'a jamais été prise en considération.

D'autres outils devront être créés pour affiner ces besoins, car la mesure de la seule activité, étant liée aux moyens existants, ne fait pas apparaître les manques.

Il faudra prendre en compte également les glissements par défaut vers le médico-social qui peuvent contribuer à sous-estimer les besoins réels en psychiatrie.

Il faudra mesurer l'impact des suppressions de lits notamment ces dernières années. Je donne la référence d'un document de la DREES qui montre, entre 1989 et 2003, une forte diminution des lits de psychiatrie en France, environ 300 000 à 200 000, alors que la courbe du nombre d'hospitalisations augmente régulièrement (ce qui signifie une diminution très importante des durées de séjour). Ce document figure dans un bilan régional pour l'Ile-de-France publié par l'ARS en juin dernier, les autres régions doivent disposer de documents identiques.

Le bilan doit enfin porter sur les différentes lois, pour mesurer leurs impacts sur les soins et les conditions de travail des personnels, en particulier celle de juillet 2011, qui a pénalisé (dans tous les sens du terme) les patients et a dégradé les conditions de travail des soignants.

Pourquoi une loi d'orientation ?

La loi sur les hospitalisations sous contrainte n'est pas une loi pour la psychiatrie, c'est une loi sécuritaire. Les différentes restructurations hospitalières ont de leur côté fortement aggravées les problèmes des services de psychiatrie, sans prendre en compte ses spécificités et l'organisation sectorielle, qui de fait s'est trouvée remise en question, quoi qu'on dise. Les fusions d'hôpitaux ont souvent été l'occasion d'intégrer la psychiatrie dans les hôpitaux généraux,

au détriment de la psychiatrie dans la très grande majorité des cas, que ce soit en termes d'effectifs ou de budget. La loi hôpital 2007 n'a fait qu'accentuer ce mouvement, que poursuivra la loi HPST à plus grande échelle.

L'abrogation de la loi HPST est donc nécessaire avant d'envisager une loi pour la psychiatrie. Il faut poser en préalable que, sans remise en question de cette loi qui fait disparaître le secteur dans de grands territoires administratifs et sans abroger la loi du 5 juillet qui oriente toute l'organisation de la psychiatrie à partir de priorités sécuritaires, il ne saurait y avoir une réforme novatrice de la psychiatrie.

La CGT s'opposera à une loi d'orientation sur la psychiatrie qui aurait pour but d'intégrer la loi HPST et de s'adapter à celle sur les hospitalisations sous contrainte.

Une remise en question préalable de la loi HPST.

La CGT demande le retrait de cette loi car elle vise au démantèlement du service public hospitalier en réorganisant à travers les CHT l'offre de soins au profit du privé chaque fois que c'est possible. Plus spécifiquement en ce qui concerne la psychiatrie, cette loi remet en question le secteur comme base d'organisation, la notion de territoire tel qu'il est défini dans la loi ne correspondant ni à l'échelle géographique ni aux missions du secteur. Les organisations syndicales de psychiatres ont exprimé leur réserve de ce point de vue.

Certaines, comme le SPH, propose des GCS d'établissements différents des GCS de moyens dont le but est purement gestionnaire. Il faudrait évaluer en quoi

ce dispositif pourrait converger avec notre revendication d'un établissement public de secteur psychiatrique EPSP.

Mais attention, dans le cadre de la loi HPST, toute revendication d'une spécificité de la psychiatrie risque d'être récupérée pour dissoudre la psychiatrie dans un dispositif identique à celui de MCO. Il en est ainsi des CHT psychiatriques qui commencent à être envisagés, comme sur Paris actuellement. Certains psychiatres s'inscrivent dans ce type de projet où une certaine spécificité est reconnue à la psychiatrie, tellement leur crainte principale est aujourd'hui de voir disparaître les moyens de la psychiatrie dans les PREF de chaque hôpital.

Que ceux qui y adhèrent le fassent en espérant sauver le secteur comme un échelon territorial inférieur ou qu'ils soient contre le secteur, cela ne changera pas grand-chose. La logique gestionnaire des CHT restera la même : la mutualisation des moyens propres de la psychiatrie est en contradiction avec la politique de secteur dont les moyens reposent sur une équipe stable.

Une loi d'orientation pour la psychiatrie doit reposer sur la sectorisation.

Mettre le secteur comme principe d'une loi novatrice pour la psychiatrie suppose toutefois de s'entendre sur ce qu'on appelle le secteur. Les uns et les autres s'en réclament et, dans les déclarations officielles, le secteur ne semble pas remis en question alors qu'il l'est dans les faits.

1) Il est donc important en préalable de dire que le secteur ne peut être réduit à un simple découpage administratif du territoire, pas plus qu'à un critère

arbitraire de nombre d'habitants. Il s'agit d'une vision purement gestionnaire du secteur qui est malheureusement souvent encore prévalente.

2) Il est important de préciser notre conception du secteur qui doit être entrée sur la continuité des soins et du lien thérapeutique.

J'ai pensé intéressant d'éclairer ce débat avec la critique faite par Guy Baillon, psychiatre de hôpitaux de la région parisienne à la retraite, du récent rapport de la think tank Terra nova qui fait des propositions pour la psychiatrie. Ce rapport, écrit par deux directeurs (Piero Chierici et Guillaume Pradalié), est intéressant, il permet de mesurer ce qui est dans l'air du temps d'autant plus que Terra Nova est idéologiquement proche du gouvernement et du parti socialiste. Bien des points de ce rapport pourraient être discutés, à commencer par l'opinion selon laquelle : « La loi du 5 juillet 2011 a apporté des avancées incontestables en matière de droits des patients ».

L'intérêt pour nous est de nous arrêter sur les propositions concernant le secteur. Les auteurs en reconnaissent la pertinence mais pour le sauvegarder, ils envisagent d'en changer la taille de 70 000 à 150 000 ou 200 000 habitants pour « atteindre une « masse critique » efficace. En réponse, Guy Baillon a raison de dire que ce qui définit le secteur n'est ni son découpage ni sa taille mais la continuité du lien qu'il permet. Il parle d'une « communauté d'histoire », celle-ci ne concerne pas uniquement les liens de l'équipe soignante avec le patient mais aussi les liens de celui-ci avec son environnement. Je pense que nous pouvons nous retrouver dans cette définition du secteur.

→ Le secteur n'a pas qu'une définition territoriale, qui au passage le rendrait compatible avec la définition du territoire, dont il constituerait un premier niveau. La question de la proximité géographique est importante, ce qui suppose d'ailleurs une taille limitée mais il est aussi question ici de continuité des soins et surtout de continuité des liens. Il peut y avoir une organisation de la continuité des soins sans forcément continuité du lien thérapeutique: le parcours de soins, les réseaux, les équipes mobiles, etc.

J'ajouterai une remarque d'ordre clinique pour définir le secteur. Il ne faut pas le limiter à une organisation spatiale mais prendre en compte sa dimension temporelle dans la continuité des soins. Nous nous occupons de patients qui demandent des soins au long cours du fait de leur psychopathologie, souvent de patients chroniques. La dimension temporelle est inhérente au fait psychopathologique lui-même et on ne peut pas l'évacuer simplement en qualifiant la maladie mentale de handicap psychique, afin de transférer le suivi vers le médico-social.

La sectorisation ne s'est pas développée pour empêcher les hospitalisations mais pour s'opposer aux hospitalisations chroniques qui constituaient le fondement de l'asile. A défaut de prendre en compte cet aspect de la durée dans les soins psychiques, la définition du secteur peut être source de bien des malentendus. Par exemple le secteur a été mis en avant pour justifier une forme de désinstitutionalisation, qui a permis la suppression de lits (et en corollaire la disparition des pratiques institutionnelles qui allaient avec). Sous prétexte de lutter contre la chronicité à l'hôpital, on a exclu de plus en plus de malades dits chroniques de l'hôpital les renvoyant (au mieux) vers le médico-social. Le médico-social s'est trouvé alors en position

alternative aux soins psychiatriques alors qu'il devrait être en complémentarité. Ce mouvement de désinstitutionalisation, motivé par des raisons économiques, se trouvait en quelque sorte justifié par cette conception du secteur.

Dans les services pour enfants, la désinstitutionalisation s'inscrit dans un projet politique, comme le prouve la lettre des ministres européens de février 2011, qui demandent autant que possible de supprimer les institutions pour les enfants handicapés. C'est en conformité avec le plus pur modèle libéral, qui vise à supprimer les aides publiques pour les remplacer dans le meilleur des cas par des allocations compensatoires, pour obliger les usagers à trouver les aides dans le privé.

On a parfois voulu confondre le secteur avec l'extra-hospitalier en l'opposant à l'institution hospitalière, ce qui se concrétisait par exemple dans le rapport COUTY par une séparation radicale entre le secteur situé dans le champ social et les services d'hospitalisation psychiatrique, aboutissant à une séparation aberrante entre la santé mentale et la psychiatrie. La continuité des soins suppose donc des moyens institutionnels préservés, suffisamment diversifiés mais sectorisés. Ceci ne veut pas dire que certains de ces moyens ne puissent pas être partagés entre plusieurs secteurs sous forme de structures intersectorielles comme cela s'est toujours fait. ■

Les revendications de la CGT mises en débat

- Gel immédiat de toutes les suppressions de lits et de places en psychiatrie soient gelées de manière immédiate.
- Ouverture rapide de places et de lits soient dans certains secteurs, en particulier les lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie.
 - Mise en place de structures ou de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation (qui n'ont pas été créés alors que le nombre de lits a diminué)
- Attribution budgétaire pour chaque secteur à travers la mise en place d'un établissement public de secteur EPSP.
- Mise en place d'instances de démocratie sanitaire :
 - **au niveau local** : les conseils de secteur qu'il faudrait différencier des conseils de santé mentale.
 - **au niveau départemental et régional** : des instances spécifiques remplaçant les anciens conseils départementaux de santé mentale et au niveau régional au sein des ARS ;
 - **au niveau national** : une commission nationale pour la psychiatrie
- Mise en place de politiques spécifiques avec les financements adéquats concernant la formation, point clef pour une réforme de la psychiatrie. Les manques de la formation sont l'une des premières insatisfactions des professionnels qui travaillent en psychiatrie.
- Mise en place d'une politique de recherche spécifique à la psychiatrie. Cette recherche devra porter sur la clinique, la thérapeutique et l'épidémiologie, sans être limitée aux seuls domaines qui intéressent les universitaires, et surtout sans laisser le champ libre aux laboratoires pharmaceutiques.