

**RECUEIL DES
4 JOURNÉES
D'ÉTUDE
THÉMATIQUES
2017-2018**



**ORGANISÉES PAR
LE COLLECTIF RÉGIONAL
DE PSYCHIATRIE
CGT RHÔNE-ALPES**

1 **DIPLÔMES ET QUALIFICATIONS**
Centre Hospitalier Spécialisé de BASSENS le 12 octobre 2017

2 **BESOIN DE SÉCURITÉ MAIS PAS LE TOUT SÉCURITAIRE**
Centre Hospitalier Spécialisé du VINATIER le 14 novembre 2017

3 **LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES MALADES PSYCHIQUES**
Centre Hospitalier Spécialisé de SAINT-ÉGRÈVE le 12 décembre 2017

4 **RESITUER LA PLACE DE LA PSY DANS UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTÉ**
Centre Hospitalier de VIENNE le 16 janvier 2018



ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Rationalisation :

- Des déqualifications et glissements de tâches.
- Un glissement vers le Médico-Social.
- La promotion de l'individu pour casser les collectifs.
- Une emprise sociale.
- Une individualisation qui désintègre l'équipe.
- Un courant de thérapies comportementalistes.

Résistances :

- L'acceptation de la conflictualité.
- La vision politique de la psychiatrie.
- La résistance intellectuelle.
- Un temps suffisant d'espaces de parole.
- La dimension relationnelle.
- Les savoirs pratiques, implicites.
- La contenance institutionnelle.

ÉTUDES

Aujourd'hui territoriales et universitaires.

Soignants : diplômés actuellement insuffisants, ne permettant pas une autonomie des jeunes professionnels.

Non-soignants : formation d'approche de la maladie mentale obligatoire (minimum 40 h).

FINANCEMENT

Alternance indispensable entre le terrain et les études, qui doit permettre de faire l'expérience de l'engagement thérapeutique.

Rémunération des stages = obligation de rentabilité.

Solution : Sécurité Sociale Professionnelle !

RÉPONSE AUX BESOINS

Disparition de l'internat de psychiatrie en 1984 et du diplôme d'Infirmier De Secteur Psychiatrique en 1992.

Objectifs des formations : quelles compétences, quelles qualifications et quels métiers ?

AXES REVENDICATIFS

- ▶ Reprendre la parole pour ne plus être dépossédé de nos métiers.
- ▶ L'abandon du programme « Médiateurs de Santé / Pair ».
- ▶ Réaffirmer la place du syndicat pour porter les revendications sur les formations et qualifications.
- ▶ Obtenir la reconnaissance des diplômes et qualifications par le salaire.
- ▶ Soutenir la formation continue et la place de l'ANFH.
- ▶ Garantir un accès libre aux formations afin d'assurer un pluralisme thérapeutique.
- ▶ Mobiliser le plus largement possible en vue d'organiser des États Généraux et permettre un nouvel élan pour la Psychiatrie.

1 DIPLOMES ET QUALIFICATIONS

Centre Hospitalier Spécialisé de BASSENS le 12 octobre 2017

2 BESOIN DE SÉCURITÉ MAIS PAS LE TOUT SÉCURITAIRE

Centre Hospitalier Spécialisé du VINATIER le 14 novembre 2017

3 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES MALADES PSYCHIQUES

Centre Hospitalier Spécialisé de SAINT-ÉGRÈVE le 12 décembre 2017

4 RESITUER LA PLACE DE LA PSY DANS UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

Centre Hospitalier de VIENNE le 16 janvier 2018



TOURNANT SÉCURITAIRE ?

Changement dans les discours politiques, par la recherche d'un responsable coupable et la promesse d'une réponse sécuritaire, en ciblant les boucs émissaires parmi la population dite psychiatrique.

Ces réponses sécuritaires remettent en cause le dispositif de soins public et gratuit pour la population, maillant tout le territoire avec la mise en place des secteurs.

Le sécuritaire est maltraitant pour les personnels (par la négation du travail de penser le soin et par l'austérité appliquée à l'hôpital), mais également pour les patients.

Le sécuritaire, c'est la judiciarisation de la différence, de la déviance.

Le sécuritaire se distille aussi à travers la généralisation du « tout surveiller ».

BESOIN DE SÉCURITÉ

Apporter une réponse uniquement hôtelière n'est pas acceptable : **à 2 on fait du gardiennage, à 3 du soin et à 4 on commence à faire de la psychiatrie !**

Les mauvaises réponses actuelles sont législatives (hospitalisations sous contrainte), structurelles (unités spécialisées, fermées), architecturales (Chambres d'isolement), matérielles (dispositif de Protection du Travailleur Isolé) et organisationnelles (protocoles). **Avec des moyens suffisants, il serait possible de travailler autrement, contenir autrement.**

LIEUX FERMÉS

La judiciarisation cache parfois une attitude paternaliste faite au nom des droits des patients, qui n'a pas empêché l'augmentation des soins sous contraintes et l'augmentation du contrôle social.

Ces lieux sont-ils la bonne réponse à la baisse des effectifs, des fermetures de lits et l'abandon du secteur ?

JUSTE RÉPONSE

- **La meilleure sécurité pour la population, c'est que tout le monde puisse être soigné.**
- Accepter que des équipes puissent se référer à des théories différentes et complémentaires.
- Reconnaître l'expérience professionnelle acquise.

AXES REVENDICATIFS

- ▶ Remettre du sens à notre travail pour mieux soigner ! Nous réapproprier notre part soignante.
- ▶ Restaurer la parole. Prendre le temps de défendre le droit à la parole des professionnels.
- ▶ Affirmer la place d'un temps de psychiatrie institutionnelle.
- ▶ Travailler en sécurité dans un environnement de soins.
- ▶ Obtenir des états généraux de la psychiatrie, intersyndical et pluri-collectifs.
- ▶ Apprendre à désamorcer une crise et penser ce qu'on fait après la crise.
- ▶ Obtenir des équipes en nombre, formées et stables pour qu'elles acquièrent une expérience utile et bénéfique.

1 DIPLÔMES ET QUALIFICATIONS

Centre Hospitalier Spécialisé de BASSENS le 12 octobre 2017

2 BESOIN DE SÉCURITÉ MAIS PAS LE TOUT SÉCURITAIRE

Centre Hospitalier Spécialisé du VINATIER le 14 novembre 2017

3 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES MALADES PSYCHIQUES

Centre Hospitalier Spécialisé de SAINT-ÉGRÈVE le 12 décembre 2017

4 RESITUER LA PLACE DE LA PSY DANS UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

Centre Hospitalier de VIENNE le 16 janvier 2018



► **Les personnes âgées malades psychiques doivent être prises en charge dans le cadre de la sectorisation.**

PSYCHIATRIE & VIEILLISSEMENT

Multiprovenances, maladies nouvelles ou anciennes, polyopathologies complexes (neuro ou psy ?).

Stabilisation nécessaire pour l'intégration dans les lieux de vie.

Le paiement des familles induit le contrat moral d'une bonne prise en charge de l'établissement.

Valeurs de dignité portées massivement par les professionnels.

La maladie n'implique pas être malade à vie !

VOLONTÉS LIBÉRALES

Prédominance financière sur tout autre critère, le tout ambulatoire, rationalisation massive (rendement prioritaire), regard et place prédominante des familles.

L'EHPAD ACTUEL EST-IL ADAPTÉ ?

- Patients de plus en plus lourd (fermetures de lits sanitaires), traitements médicaux non privilégiés.
- Taux d'encadrement grandement insuffisant, glissements de tâches, déqualification, formations insuffisantes, turnover important, travail en 12h, épuisements professionnels.
- Professionnels obligés de « faire à la place » au lieu d' « aider à faire », culpabilisations importantes des équipes, management agressif, autoritarisme, perte de confiance, discrimination syndicale, négation de la violence et de la réalité de terrain.
- Contentions en dehors du cadre légal.
- Absences médicales importantes.
- Mixité de populations pas forcément compatibles.
- Sorties à tout prix du sanitaire, forcing.
- Délais d'hospitalisation complète trop longs voire impossibles.
- conventions et intégrations avec des Centres Hospitaliers (GHT).
- Reste à charge important, chantages aux familles.

AXES REVENDICATIFS

- Obtenir une Sécurité Sociale « de la naissance à la mort » !
- Réaffirmer que maladie = Sécurité Sociale !
- Développer un contre-projet et trouver des solutions en dehors du marché capitaliste.
- Soutenir le concept de Centre de Santé Public.
- Structurer le suivi à travers le secteur psychiatrique.
- Rappeler que la sectorisation psychiatrique est le premier exemple de travail en réseau (France pionnière).
- Élargir la formation des élus syndicaux.
- Obtenir la prise en compte de l'avis des professionnels de terrain.
- Abandon du numerus clausus.
- Obtenir une révision de la mesure de la dépendance (Groupes Iso-Ressources) et de son calcul.
- Conquérir un taux d'encadrement de 1 agent par résident.

1 DIPLÔMES ET QUALIFICATIONS

Centre Hospitalier Spécialisé de BASSENS le 12 octobre 2017

2 BESOIN DE SÉCURITÉ MAIS PAS LE TOUT SÉCURITAIRE

Centre Hospitalier Spécialisé du VINATIER le 14 novembre 2017

3 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES MALADES PSYCHIQUES

Centre Hospitalier Spécialisé de SAINT-ÉGRÈVE le 12 décembre 2017

4 RESITUER LA PLACE DE LA PSY DANS UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

Centre Hospitalier de VIENNE le 16 janvier 2018



LES LÉSIONS LIBÉRALES DE NOTRE SÉCURITÉ SOCIALE

Depuis sa création, la Sécu est désorganisée, démantelée et mise en déficit par les exonérations :

- Appauvrissement des cotisants, renoncements aux soins, iniquités d'accès, coût des complémentaires jusqu'à 8% des revenus.
- 5% des français sans complémentaires.
- Coût des traitements démesuré, exponentiel.
- Enrichissement des financiers privés par les emprunts publics.
- Assurés pré-désignés comme fraudeurs.
- Cotisants dépossédés de la Sécurité Sociale.
- Utilisation de la sémantique ouvrière.
- Dépassements d'honoraires inacceptables.
- Cotisations patronales ne représentant plus que 0,5% du financement de la Sécurité Sociale !
- La règle de déficit public maximal de 3% intègre la Sécurité Sociale (traité de Lisbonne, 2007).
- Promotion du système concurrentiel (privé).

NOS BESOINS DE PROTECTION SOCIALE

Les frais de gestion des complémentaires et assurances, à eux seuls, absorberaient le passage à une Sécurité Sociale à 100% ! Ceux de la Sécurité Sociale sont inférieurs à 3%.

La Sécurité Sociale est un bien commun, les assurés sociaux ne sont pas des clients.

Permettre de nouveau des emprunts publics sans intérêt par la Caisse des Dépôts et Consignations.

Revenir aux principes fondateurs de la Sécurité Sociale : Solidarité, Unicité, Universalité et gestion par les représentants des assurés élus.

UNE PSYCHIATRIE À LA HAUTEUR

- La Psychiatrie n'est pas la santé mentale
- Son socle est le secteur, au cœur des bassins de vie de la population.
- Un logement ne peut être suffisant : cela conduit à la misère et à la solitude.
- Elle nécessite des métiers et diplômes adaptés.
- Son financement est toujours en dotation.
- L'inclusion des Hôpitaux Psychiatriques dans les GHT n'a pour but que la standardisation du financement de l'Hôpital.

AXES REVENDICATIFS

- ▶ Aucun malade psychique ne doit être abandonné : tous doivent être couverts à 100% par la Sécu.
- ▶ Gagner la réappropriation idéologique de la Sécu : revenir aux fondements de 45 et du CNR, nous cotisons donc elle nous appartient, un indu n'est pas une fraude.
- ▶ Développer des solutions en dehors du marché capitaliste : repartir des besoins, des missions de Services Publics par une Sécu gérée paritairement, une meilleure répartition des richesses.
- ▶ Lutter contre la mise en place des GHT et des CPT et leur mission phagocytaire.
- ▶ L'exemple du régime maladie d'Alsace-Moselle nous démontre qu'une meilleure prise en charge, sans surconsommation est possible : modèle à généraliser en attendant une Sécurité Sociale à 100% ?
- ▶ Convaincre de la nécessité et obtenir la pluralité des prises en charge en psychiatrie.
- ▶ Obtenir tous des moyens et tous les professionnels formés nécessaires.

4 JOURNÉES D'ÉTUDE THÉMATIQUES



Pour la **cggt**, la psychiatrie est une vieille histoire d'amour. D'ailleurs, tous les 4 ans la **cggt** organise des journées de rencontres et de débats sur la psychiatrie à Montreuil.

Le Collectif Régional de Psychiatrie **cggt**, animée par les camarades des CHS de Saint-Égrève et du Vinatier, est grandement porteur d'un travail de réflexion autour de la psychiatrie. Il a déjà pris corps les 16 et 17 mars cette année lors de deux journées au Vinatier qui ont rassemblé plus de 160 personnes.

Nous vous invitons aujourd'hui à continuer ce travail et approfondir les sujets déjà évoqués en venant participer massivement aux journées d'étude thématiques organisées par le Collectif Régional Psy **cggt** :

4 JOURNÉES OUVERTES À TOUS et du temps syndical pour y participer !

CHS Bassens le jeudi 12 octobre 2017

Thématique : **DIPLÔMES ET QUALIFICATIONS**

Quels contenus, quels objectifs... pour de nouveaux diplômes permettant des soins spécifiques ?

CHS Vinatier le mardi 14 novembre 2017

Thématique : **BESOIN DE SÉCURITÉ MAIS PAS LE TOUT SÉCURITAIRE**

Un piège dans lequel nous ne devons pas tomber ! La question des effectifs, de l'équipe pluridisciplinaire, des binômes...

CHS Saint-Égrève le mardi 12 décembre 2017

Thématique : **VIEILLISSEMENT DES PERSONNES MALADES PSYCHIQUES**

Désengagement du sanitaire pour une partie d'entre elles... Quel impact des dysfonctionnements de la psychiatrie sur les EHPAD et l'Action Sociale ?

CH Vienne le mardi 16 janvier 2018

Thématique : **RESITUER LA PLACE DE LA PSY DANS UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTÉ**

Quel Service Public pour répondre aux besoins des populations ?

Ces 4 journées sont **ouvertes** à toutes celles et ceux qui veulent travailler avec nous sur ces questions et ouvrir ensemble des perspectives... Elles serviront pour notre délégation régionale à intervenir lors des journées nationales de mars 2018 à Montreuil.

À chaque journée il y aura un ou des intervenants pour ouvrir le débat. Nous prévoyons un covoiturage pour s'y rendre ensemble, un repas pris en charge par le syndicat et beaucoup d'entrain et de bonne humeur... Il ne manque plus que votre demande d'absence du service !!

27 septembre 2018,

Marc AURAY (CHS du Vinatier) et **Michel SOULIÉ** (CHS de Saint-Égrève).

THÉMATIQUE 1

DIPLÔMES ET QUALIFICATIONS

CHS Bassens
jeudi 12 octobre 2017





JOURNÉE DU 12 OCTOBRE 2017

CHS DE SAVOIE (BASSENS)

DIPLÔMES ET QUALIFICATIONS

Quels contenus, quels objectifs... pour des diplômes qui permettent des soins spécifiques, adaptés ? Pour le personnel médical, soignant et non soignant.

PROGRAMME DE LA JOURNÉE

8h30	Accueil	
9h30	Début des travaux	
9h45	présentation de Bassens	camarade du CHS de Bassens
10h	ouverture de la journée	Marc (Vinatier)
10h15	intervention	Jean-Claude (Bassens)
10h45	débat	
12h30	repas	
14h	Reprise des travaux	Jean-Claude (Bassens)
14h15	Groupes de travail :	<i>1 animateur par groupe</i>
	<ul style="list-style-type: none">▪ la formation médicale▪ la formation soignante▪ la formation des non soignants	
15h	retour des groupes	
15h30	débat	
16h15	Conclusion	Michel (Saint-Égrève)
16h30	Fin des travaux	

DIPLÔMES ET QUALIFICATIONS

Synthèse thématique n°1

Collectif Ψ cgt Rhône-Alpes

CHS Bassens jeudi 12 octobre 2017

Quels contenus, quels objectifs... pour de nouveaux diplômes permettant des soins spécifiques ?

L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Les débats ont mis en avant l'**Équipe Pluridisciplinaire**, d'un côté écartelée par les effets de la rationalisation des coûts et de l'autre maintenue par la persistance d'une vision humaniste de la psychiatrie.

La **rationalisation** veut enfermer les professionnels dans un rôle de producteur de soins et de surveillance. On observe :

- Des déqualifications, des glissements de tâches.
- Un glissement des prises en charge du Sanitaire vers le Médico-Social.
- La promotion de l'individu (plus loin que l'individualisme) pour casser les collectifs.
- Une emprise sociale.
- L'obligation de traçabilité qui conduit à l'individualisation. C'est une forme de désignation sociale qui désintègre l'équipe.
- Un courant de thérapies comportementalistes (notamment promus par certains plans ministériels) qui met en œuvre des techniques et réduisent les soignants à des exécutants ou opérateurs.

Des **résistances** sont perceptibles face à ces orientations présentées comme irrémédiables :

- L'acceptation de la conflictualité.
- La vision politique de la psychiatrie.
- La résistance intellectuelle.
- Un temps suffisant d'espaces de parole.
- La dimension relationnelle.
- Les savoirs pratiques, implicites.
- La contenance institutionnelle.

LES ÉTUDES

Elles sont devenues territoriales et universitaires (projets territoriaux au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire, Diplômes Universitaires, ...).

Les diplômes des professionnels au sein des équipes sont actuellement insuffisants et ne permettent pas une autonomie des jeunes professionnels. Des compléments de formations (approfondissement des savoirs) sont des palliatifs institués depuis 20 ans.

Pour les personnels non-soignants, une formation d'approche de la maladie mentale apparaît indispensable (minimum 40 h).

LE FINANCEMENT

L'alternance entre le terrain et les études apparaît indispensable. Elle doit permettre de faire l'expérience de l'engagement thérapeutique, ce qui nécessite une présence régulière, sur la durée.

La rémunération des stages pose la problématique de l'obligation de rentabilité.

La Sécurité Sociale Professionnelle, qui vise à garantir un salaire pour tous hors du marché du travail apparaît une vraie solution.

LA RÉPONSE AUX BESOINS

La casse de la psychiatrie a débuté avec la disparition de l'internat de psychiatrie en 1984 et s'est accentuée avec la disparition du diplôme d'Infirmier De Secteur Psychiatrique en 1992.

Les objectifs des formations doivent être prioritairement la réponse aux besoins :

- De quelles compétences a-t-on besoin ?
- De quelles qualifications ?
- De quels métiers?

NOS AXES REVENDICATIFS

- ▶ Obtenir pour tous (médecins, soignants et non-soignants) les formations initiales et continues nécessaires pour répondre aux besoins des Équipes Pluridisciplinaires.
- ▶ Reprendre la parole pour ne plus être dépossédé de nos métiers.
- ▶ L'abandon du programme « Médiateurs de Santé / Pair ».
- ▶ Réaffirmer la place du syndicat pour porter les revendications sur les formations et qualifications que les gouvernements ont pris soin d'accorder aux Ordres Professionnels.
- ▶ Obtenir la reconnaissance des diplômes et qualifications par le salaire.
- ▶ Soutenir la formation continue et la place de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), organisme paritaire, en direction de l'ensemble des professionnels. Notamment, les personnels administratifs et techniques doivent être parfaitement intégrés dans le monde psychiatrique.
- ▶ Garantir un accès libre aux formations afin d'assurer un pluralisme thérapeutique, permettant aux patients et aux équipes la possibilité de vrais choix, et ainsi mettre en œuvre les soins les plus efficaces et non les plus rentables.
- ▶ Mobiliser le plus largement possible en vue d'organiser des États Généraux et permettre un nouvel élan pour la Psychiatrie.

« Le Collectif est une machine à traiter l'aliénation. »
« La suppression du diplôme d'infirmier psychiatrique, c'est le plus gros scandale de ce siècle. »

Jean Oury

COLLECTIF REGIONAL DE PSYCHIATRIE

JOURNEE DU 12/10/2017 (CHS de Savoie, Bassens)

THEME : DIPLOMES ET QUALIFICATIONS

« Quels contenus, quels objectifs... pour des diplômés qui permettent des soins spécifiques adaptés ? Personnel médical, soignant, non soignant »

- Accueil et tour de table
- **Historique du CHS de Bassens (Jean-Claude)** puis sa politique de formation but : l'approfondissement des savoirs en psychiatrie, bonne dynamique, bon budget de formation, commission de formation efficace, les agents sont reconnaissant envers la CGT. Le rôle de l'ANFH doit être valorisé
- **Ouverture de la journée par Marc (en bref)** But de cette journée : arriver à de nouvelles Rencontres, doit être un support, un élément fédérateur au niveau national. Le Vinatier est le plus gros établissement de la région et doit avoir un rôle d'entraînement. Le Bulletin Fédéral de 2005 issu des journées de 2003 à Montpellier doit être revu au goût du jour car à il y a de nouvelles problématiques et cela pour parler d'une même voix. Lors de ces Etats Généraux de la Psychiatrie en 2003, la Région Rhône-Alpes a beaucoup participé. Il faut obtenir de la CGT de nouveaux Etats Généraux et inviter des associations, le corps médical. But de journées comme aujourd'hui : impulser des idées sur des sujets comme la formation, les lieux fermés... afin d'obtenir avant 2020 des Etats Généraux et une documentation CGT pour nourrir la Confédération sur les questions de protection sociale, de prise en charge, de l'hôpital public... Cela doit être une réflexion collective. Le thème « diplômes et qualifications : quels contenus, quels objectifs » permet un nouvel élan de la psychiatrie : cela nous parle aujourd'hui car on est en période de régression (enfermement, confinement...) Le besoin de réflexion, la liberté de jugement des soignants, la liberté dans la PEC sont importants en psychiatrie mais attaqués de nos jours (les jeunes professionnels sont contraints d'effectuer tels ou tels actes sinon faute professionnelle). A travers la formation individuelle ou professionnelle il faut donner les éléments pour un nouvel élan de la psychiatrie de secteur qui est attaquée (fusions de secteurs donc augmentation du nombre de patients par secteur, fusions de CMP...). Il faut partir de la formation et aller au delà des vieux débats, se demander ce que vont porter les nouvelles générations de professionnels : c'est une démarche politique. Importance des équipes pluridisciplinaires car l'hôpital est un tout indissociable : de la buanderie, blanchisserie, jardin... aujourd'hui par exemple la ferme du Vinatier qui est devenue un lieu culturel n'est que peu accessible aux patients car pas assez de monde dans les équipes pour y faire une visite pourtant cela souvent permettrait une canalisation de la violence et cela est vrai de partout dans nos établissements (pas assez d'air, le confinement est dramatique). Il faut revenir à une psychiatrie où la fusion des idées des propositions amenait à des projets de soins qui fédéraient une équipe autour. De nos jours il y a une soit une disparition des projets soit une mise en concurrence des projets en vue de l'obtention de budgets. En fait, cette journée doit aller au delà d'une réflexion sur la question de l'actuel diplôme d'infirmier (diplôme ISP...) mais ouvrir sur un nouvel élan dans un contexte où la psychiatrie de Sarkozy à Collomb est attaquée, criminalisée. Le but est de faire un document de support pour les journées de mars et créer de Nouveaux Etats Généraux de la Psychiatrie. Les mobilisations, la rue c'est important mais la résistance intellectuelle pour le plus grand nombre l'est aussi.

- **Présentation de la thématique : histoire des formations par Philippe :**

Avant les futurs professionnels étaient payés durant leur formation d'ISP. Ils venaient de différents métiers et avaient déjà du vécu professionnel. Ils étaient mis à disposition de l'établissement formateur. L'IDE de nos jours est souvent très jeune et sort du BAC et donc a très peu d'expériences de vie. Il y a des promotions professionnelles mais elles restent minimales. Donc il y a un écart entre ces différents professionnels qui n'ont pas la même formation et richesse d'éprouvés. Les 2 réformes de la formation infirmière (23/03/1992 et 21/07/2009) ont la même volonté celle de la polyvalence de l'IDE (ex : il n'y a plus de formation spécifique des cadres en santé mentale mais une association « des cadres et infirmiers en santé mentale »). Il y a une différence de formation (ISP/IDE) : la formation des IDE est de 33 mois et il y a peu de temps consacré à l'observation, la compréhension : les « besoins » débouchent sur une « résolution de problèmes » sans qu'une analyse n'intervienne, cela constitue un écart avec la formation d'ISP. Donc se pose la question d'un seul diplôme (IDE) ou de 2 diplômes (ISP/IDE) ? Idée d'un appareil psychique vu comme l'appareil cardiaque ou autre...s'il y a une spécificité psychiatrique faut-il une année d'étude en plus ? Il y a une temporalité pour apprendre. Aujourd'hui, après la réforme de 1992, le besoin de formation des professionnels qui sont en difficultés est reconnue par l'ARS via « l'approfondissement des savoirs cliniques » et l'octroi d'une enveloppe financière de formation aux modules d'approfondissement (« modules 112 heures »). Cela car la formation initiale ne permet pas une compétence sur le terrain mais une mise à distance du nouveau professionnel qui se trouve démuni face à la clinique. Cependant, chaque hôpital a créé son module et cela fonctionne un temps car il y a peu de demande et la rendre obligatoire ne fonctionne pas : question du tutorat.

- **Débat avec interventions de plusieurs camarades :** - pour avoir des demandes il faut voir le manque chez les nouveaux et il n'y a pas de référentiel pour cela.
- - Les plus anciens n'ont souvent que 3 ans d'ancienneté cela pose la question du défaut de contenance institutionnelle et donc de l'augmentation du nombre de passages à l'acte par défaut de transmission intergénérationnelle.
- - Par rapport à la faiblesse de la formation initiale se posent les questions de l'infirmier expert ou clinicien (« praticien chercheur en Soins Infirmiers »), de la formation universitaire (recherche clinique infirmière et des axes de recherche) en vue d'une reconnaissance institutionnelle (Ex : le trépied Direction Administrative/Direction Médicale/Direction Infirmière à disparu).
- - Comment accompagner : question du tutorat : s'appuyer sur une relation de confiance authentique = questionnement de professionnels de « supposer savoir » dans une logique d'apprendre à apprendre.
- - Quelle est l'expertise clinique de l'infirmier psychiatrique ?
- - L'expérience pédagogique d'encadrement des stages (formation médicale/paramédicale, passer par l'université, psychosociologie et les Humanités...?)
- - Y a t-il suffisamment de tuteurs ? Les IDE Tuteurs partent à la retraite, il faut trouver des tuteurs pour éviter de perdre cette culture car il y a une logique comptable et de réussite pour les jeunes qui doivent « valider des compétences » une à une. La « compétence » = savoir mobiliser les ressources = un « problème » appelle une « réponse » avant un questionnement : on doit « réussir » et « valider des compétences » au détriment d'une posture réflexive d'ensemble d'où une vision parcellaire. Face à cela, importance de l'idée d'une combinatoire, d'une « transmission de savoir y faire », de poser une qualité d'ambiance, une façon « d'être là », être dans l'attention, d'être dans une « préoccupation primaire » (Cf : Winnicott) : cette qualité d'ambiance, de contenance institutionnelle où

l'impact de l'informel est important doit être transmise.

- - Aujourd'hui impact négatif de « l'infobésité » : trop de « mail » : on n'a plus le droit de ne plus être informé, tout doit être dans la « traçabilité ». Avant « l'équipe » répondait mais à présent on est dans la désignation des « individus » dans la personnalisation d'où une perte d'étayage qui isole et qui attaque la cohésion d'équipe (Ex : les « fiches d'Evènements Indésirables » : idée d'un préjudice sur quelqu'un). La « compétence » serait une « production inédite dans une situation particulière, une création à éprouver dans l'ici et maintenant, un inédit à transformer en savoir d'action pertinent scientifiquement pour être réutilisable et transférable ». La reconnaissance des « compétences » passerait par la recherche.
- - Question de la dérive du champ psychiatrique vers celui du social (Ex : avec le courant de la « resocialisation et de la remédiation cognitive » on n'est plus dans le partage) : cela suppose la spécialisation en tant que soignant grâce à la reconnaissance universitaire ?
- - Il y a une dérive institutionnelle dans le champ médico-social (cf : Marx et le Matérialisme historique : la conscience des hommes dépend du cadre), (ex : dans les cliniques privées, prisons ou la rue ...). Quid de l'avenir de l'homme ? Le champ est celui du politique. En 1982, Jack Ralite (ministre communiste de la santé) travaille avec Jean Demay (psychiatre) en vue du « Rapport Demay : une voix française pour une psychiatrie différente » qui rompt avec la logique asilaire. En 1981, si Chirac était passé qu'en aurait-il été de la lutte des militants contre la base militaire du Larzac (cf : reportage « tous au Larzac). Mitterrand élu, il n'y a pas eu de base militaire. Aujourd'hui, même chose avec la lutte contre la loi El Khomeri. La psychiatrie est une affaire politique. (ex : repas soignants/soignés dans un centre de jour, question de la spécificité du soin dans la tête, AS ou AMP pour le repas ? Il y a problème quand on ne nomme pas les choses. Problème de l'empilement des savoirs à l'hôpital général.
- - Le Marx de la maturité a posé la question de la lutte des classes dans les rapports sociaux de production. Cela redonne un élan de la psychiatrie pour la superstructure et la remet à l'endroit (cf : grâce à Marx la dialectique de Hegel fut mise « la tête en bas » à cause de sa vision utopiste, idéaliste. Marx révolutionne la dialectique, il la remet à l'endroit grâce à ses travaux sur la dialectique matérialiste). Il faut être en relation avec ce qui se passe dans l'économie politique où on assiste à une concentration du capital (Ex : Sécurité Sociale et formation financement basé sur la solidarité mais casse de la Sécurité Sociale afin qu'elle ne soit financée que sur notre salaire : c'est une question politique). Il faut revenir à Marx. Il y a eu un nouvel élan en psychiatrie bien avant Jack Ralite : c'était le tournant de la Psychothérapie Institutionnelle pendant la 2ème guerre mondiale. Durant ces années de pénuries, les patients par exemple à l'hôpital psychiatrique de Saint Alban se sont retrouvés hors des murs et un pionner comme Tosquelles y a développé son expérience de la Psychothérapie Institutionnelle issue de la Catalogne en guerre. Saint Alban a été un refuge pour les patients, les Résistants, les juifs et autres artistes pourchassés. C'est développé une prise en charge particulière, très dynamique avec notamment Oury. L'idée est que le soin est co-produit par tout un ensemble (patients, hôpital, réunions, ateliers...), l'idée est aussi que la formation n'a pas à être trop pointue, que d'autres métiers sont des apports pour travailler en psychiatrie : différentes formations et différentes motivations sont importantes pour travailler avec la folie. Question des « savoirs » et des moyens d'élaboration (se remettre en cause, par la parole, l'écriture, l'interdisciplinarité, l'intergénérationnel) : importance de savoir travailler dans le « conflit » en psychiatrie (travail avec le conflit psychique, « l'appareil psychique »). Il ne faut surtout pas travailler qu'avec les professionnels : les usagers doivent être présents (patients, familles).
- - La psychiatrie s'est « mal vendue » en politique. Sur la formation (cf : CGT) : binôme médecins/infirmiers surreprésentés et toute l'organisation des soins repose sur cela. Mais on

a besoin de tous les métiers. Il y a eu suppression du diplôme d'ISP puis la CGT revendique la spécificité puis il y a la réforme LMD (car la reconnaissance universitaire plaît aux étudiants), puis en 2006 les Rencontres de Psychiatrie : proposition Y (petit diplôme universitaire) puis formation de 3 ans puis spécialisation LMD. Donc problème du choix : autre diplôme ou spécialisation ? Le rapport Demay ? Ralite ne l'a jamais diffusé : en 1983 il y a eu 2 visions opposées dont une vision administrative et pas de loi pour redéfinir la psychiatrie. Mais on est attaché à ce rapport car ISP et Secteur. Découverte que la CGT a revendiqué quelque chose : L'Ordre promu par la CGT en 2006 ? Peut-on discuter de nos métiers sans nous ?!

- - avant peu de jeunes diplômés avec beaucoup d'anciens à présent il n'y a que des débutants entre eux (donc problème du tutorat et peu d'effectif). Même l'extra ne pense plus le soin (regroupement en psychiatrie et fermeture de CMP). Question des DU, de leur autofinancement, de la bisse des effectifs.
- - Question de la formation, du travail en pédopsychiatrie où les TCC dominant, pas d'interactions sociales avec l'enfant. Conséquences économiques des TCC avec les centres de diagnostics privés, et autres intervenants. Idem chez adultes avec remédiation cognitive. Voir le contexte économique avec le but que la psychiatrie soit intégrée dans la MCO car en psychiatrie 80 % des dépenses vont à la rémunération des personnels (d'où par exemple les glissements de tâches)
- - Par rapport à l'importance d'équipes pluriprofessionnelles en psychiatrie. Danger que peut représenter l'hyperspécialisation avec course aux diplômes, la quête de « compétences » de « reconnaissance » par « l'université » et la « recherche » (Ex : pour les IDE). « L'autonomie » des universités (càd leur libéralisation) entraîne le recours à des capitaux privés (laboratoires, assurances, fondations...) : cette « reconnaissance » peut avoir une contre partie : veut-on des professionnels à la solde des financeurs privés ou ne serait-il pas mieux de retrouver tout simplement nos métiers divers en lien avec la relation humaine.
- - Le duo médecin/IDE est un pilier en psychiatrie et il faut défendre les autres catégories : AS. Il y a des tâches propres et différenciées, des équipes pluridisciplinaires. La CGT défend cela en 1972. Aujourd'hui, BAC + 3 et sensibilisation à la Fac. Il faudrait défendre l'alternance avec des stages importants, reconnaissance de l'alternance. Question de la rémunération des stages où on a pas à être rentables mais à être formés pour être autonome. Voir pour « allocations d'études » ? Voir pour le salaire et le financement des études, de qui on dépend (un seul financement pendant les études). Manque de stages.
- - Voir pour la Sécurité Sociale Professionnelle.
- - Les étudiants sont corvéables à merci.
- - Pas seulement une spécialisation de 6 mois. Question de la recherche IDE : l'organisation du travail détruit nos compétences en psychiatrie mais en global comment imposer une mobilisation en lien avec le terrain. Avec le Secteur on est passé d'une organisation asilaire au Secteur de psychiatrie publique, au Vinatier avec ses 2500 agents différents courants l'attaquent.
- - Il faut partir des réalités de terrain avec le rajeunissement, la formation générale, la question des A. soignantes à l'hôpital psy. Pas faire de l'hospitalocentrisme, importance de l'extra, de la recherche et prendre en compte tous les intervenants. Importance des formations de service et formations collectives (Ex : telle année sur tel thème) en plus des formations initiales. Question de la réforme LMD : inquiétude sur le Master en Soins Infirmiers (IDE avec un grade au dessus ? Idem pour la formation des cadres : cadre en psychiatrie ou cadre de santé ?)
- - On est dépossédés de nos métiers dans le médico-social et de ce que l'on aimerait faire : métiers, missions ? Ne pas se déconnecter de la société. La logique développée par le capital depuis 1968 a un objectif : casser le collectif pour une logique d'individualisme, de

promotion de l'individu. Pour casser le collectif cela débute dès l'école et au travail. Le rapport au travail est individualisé et dans la Santé aussi (lean-managment) et cela est vrai dans tous les métiers (CAF, Pôle Emploi, ouvriers...). Le collectif est fondamental dans nos métiers (Cf: Conventions Collectives) car on a affaire à des patients mais ils sont décortiqués pour la mise en place de dispositifs, fracturés par modes de financements, d'approches et non vus comme des sujets, saucissonnés ! C'est quoi nos métiers, leurs maladies ou problématiques, leurs besoins ? On a besoin des personnes qualifiées et non de « compétences ». De quelles professionnels avons nous besoin. Il y a aussi la prévention et pas que de l'intra hospitalier. Il n'y a pas que les soignants. Il faut remettre du contenu.

- - C'est une question politique.
- - Les A. Soignants sont arrivés en 1983, il y a eu bagarre pour les faire rentrer (AS chez les fous ?). Importance d'une équipe pluridisciplinaire. Les cadres non plus de santé mais administratifs ont décidés : pas d'AS, au Vinatier les ASH sont remplacés par une entreprise extérieure donc il faut être vigilant.
- - En extra les AS sont dites « maîtresse de maison ». Dans la gestion administrative il ne faut pas d'AS dans la relation avec les patients : elles doivent rester dans des tâches techniques. En psychiatrie il faut accepter une dose de conflictualité, ne pas fuir ou être défensif. Il y a des clivages fonctionnels : on morcelle, spécificité, fragmentation et non PEC globale. Avoir des zones d'investigation non contrôlée = être rebelle : les anciens nous y ont autorisés et soutenu dans la rébellion. Au début du Secteur les VAD n'étaient pas assurées dans le soin on a bouleversé les convenances. Il faut se rendre sensible, la société n'accepte pas la transgression.
- -Contexte social-historique qui conditionne et dont nous avons contribué à l'avènement (Ex : les années 80 avec « le développement personnel », dans les années 90 laisser penser aux IDE une liberté de choix de niches thérapeutiques... le rapport de subordination n'était pas posé). Du coup il y a eu une baisse de l'engagement syndical, (syndicat présent mais qu'on voilait) et un discrédit du discours syndical. Piège : rémunération des stages, duo médecin/IDE. La CGT doit porter un projet de formation spécifique (médecins : formation en Sciences Humaines des Psychiatres). Le contexte social-historique détermine cela. Il faut réinvestir un programme politique de la CGT dans la PEC de la folie et le proposer aux partis politiques.
- - Ce qui domine c'est la rationalisation par rapport aux formations. Avec les GHT les territoires se rassemblent pour proposer leurs études : les différents IFSI proposent un projet territorial de formation au 1er/01/2018. Les IFSI du GHT vont déménager sur l'université, le budget des IFSI sera transféré sur l'université. Ex : Réhabilitation mise en place par fondation via l'ARS car la chef de service devient un opérateur de réhabilitation, un technicien (cette chef de service a fini par partir. La psychiatrie = pourtant précurseur pour le métier IDE (travail en réseau). La reconnaissance de nos métiers = indispensable (Ex : plans autisme vont la généraliser. IDE devient technicien.
- -La confrontation est intéressante. « La psychiatrie n'a pas su se vendre » car elle est un espace de pensée pour la société. La psychiatrie est le miroir de la société. Il y a une baisse des temps de pensée dans toute la société. Donc il y a une résistance intellectuelle à imposer avec ce que l'on est... Diplômes et qualifications : charge de transmettre encore , c'est possible autrement (politique de la CGT, commission sociale...): la psychiatrie doit apparaître comme incontournable. En tant que délégué du personnel, je parle de mise en place de protocoles (propos catastrophiques) : aujourd'hui tout est protocolisé, cela convient à certains professionnels mais il y a réaction de rébellion chez d'autres car le protocole tue l'invention, le « apprendre à apprendre » (Ex: Education nationale = gavage...). Importance de la notion de liberté de penser. Etats Généraux de la Psychiatrie à l'horizon 2020 mais il ne faut pas rester que dans les professions de la psychiatrie. En 2018 les Journées de la

Psychiatrie permettent de s'organiser avec des ingrédients comme le Livret de l'Action Sociale, PEC des personnes âgées et maladies mentale à l'EHPAD... Ces Etats Généraux pourront développer des propositions pour une pression politique (Ex : groupes de médecins disent « stop ! », les 180 médecins du Vinatier, c'est une force collective cf : Bourgoin, appel de 400 médecins). Il y a débats sur valeurs différentes (Ex : AS = moins d'IDE ? Idem sur statut du Médico-social et moins de Sanitaire ?).

- - AS : nous piquer notre place d'IDE ?
- - Question de casser le couple IDE/Médecin car conduit à la situation d'aujourd'hui. Sortir de la conception organocentriste du sujet (Ex : Saint Alban). La question de la folie est la question d'un trouble de la pensée, d'une attaque de la pensée d'où les problèmes avec les neurosciences. L'individualité ce n'est pas la singularité. Exemple du travail à l'usine et du contexte politique : c'est l'histoire de la segmentation du travail que vivaient les Ouvriers Spécialisés. Avec les grèves en 68 les OS remettent en cause cette organisation du travail. Et cela est pareil à l'hôpital qui est un lieu de production de marchandise (soin = marchandise, protocoles, médic...) avec objectif de résultats. De plus l'hôpital psychiatrique est garant de l'ordre public (Cf : propos de G. Collomb) est un instrument de l'ordre public et non de soin et de possibilités d'introduire dans le soin de la culture et l'histoire du sujet.. Question de la formation : avant 1970 pas formé en psychiatrie puis formation et diplôme. Question de la formation pratique dans le social avant de travailler à l'hôpital pour apprendre de ce que l'on a fait (Ex : formation en cours d'emploi, salaire « d'éducateur en formation »)
- **Après-midi : interventions de différents camarades :**
- - Métiers morcelés, secteur aussi (géronto...). Les équipes le sont aussi donc plus facile d'attaquer les services (même le personnel l'attaque !). Sur la formation des AS : beaucoup d'IDE âgées passent leur savoir mais problème avec informations sur informatique difficiles à aller chercher donc on ne sait rien sur les patients.
- - AS en psychiatrie : directeur cadre sup a beaucoup expliqué la psychiatrie. Importance de la formation des AS en psychiatrie. Les AS sont dans les écoles d'AS pour se former et trouver une place est difficile. Le travail en binôme avec l'IDE est important : entretiens, ateliers thérapeutiques, voir la personne dans sa globalité, importance de la formation en intra avec l'IDE afin que les élèves AS soient dans les entretiens, rôle du psychiatre, travail avec les A. Sociales et les psychos aussi = c'est un travail d'équipe afin d'être formé dans la globalité. D'où l'importance d'un effectif en nombre. Formation d'une semaine sur la maladie mentale.
- - Sur « diplômes et qualifications » : les choses ont évolué Ex : défense du diplôme d'ISP depuis IDE. La grande différence, ce qui compte c'est le temps de pouvoir travailler ensemble car le travail de l'un rebondit sur le travail de l'autre. Importance de la mise en commun de la pensée : c'est une réponse aussi à l'évolution des niveaux et qualifications. (Ex : ASH devenus AS sont nombreux mais c'est plus difficile de passer d'AS à IDE, les étudiants venus d'autres métiers...). Sur la question des ordinateurs : lutter contre cela car permet la suppression des « relèves » alors qu'il faut un tuilage avec un partage de vive-voix avant le recours à l'ordi. Il faut des relèves en tuilage individualisées. Il faut un temps d'échanges. Importance de la formation continue.
- - La psychiatrie institutionnelle a disparu en 1996 (Ex : avec le remplissage des fiches de PMSI sur 10 H de travail on rempli en fait 14 min de travail !). Elle a été remplacée par une psychiatrie comptable (avec les neurosciences on soigne des maladies pas des sujets)
- - PMSI jusqu'en 96 puis tarification à l'activité.
- - couple IDE/ Médecin n'existe plus car on est des opérateurs. Les réunions cliniques sont devenues du bénévolat. AS/IDE : remplacement d'IDE par AS car AS moins cher. Diplôme pour revendication financière car les gens sont les eux contre les autres. Il faut revenir à une

communication de base. Expérience de la « recherche en SI » : idée de réflexion sur temps personnel, on découvre une façon de réfléchir et parler dans les réunions, une façon d'apprendre sinon les IDE s'auto-censurent et ne peuvent plus dire ce qu'elles pensent. Mais cette formation est de plus en plus réduite et n'a pu être mise en place. L'équipe peut choisir les formations telle année.

- - Quelle est la différence entre « pairs aidants » et « médiateur de santé » ?
- - La CGT est opposée aux « pairs aidants » (pas métier)
- - pas de « compétences ». Les « pairs aidants » : les patients peuvent s'entre aider, le patient devient soignant, professionnel reconnu (diplômé?....) intégré dans l'équipe pluriprofessionnelle (Cf : Trois ARS...)
- - C'est une perversion cela ressemble au système des Kapos (détenus surveillant d'autres détenus dans les camps d'extermination nazis) !
- - obligation durant l'entretien annuel que le cadre aborde la question de la formation. Question de la remise à niveau avec le Greta. L'information sur la formation doit être faite par le cadre : c'est une obligation légale à faire appliquer par la DRH ! Mieux de former quelqu'un que l'on connaît déjà.
- - Il y a une emprise sociale de la société. Je ne suis pas opposé aux groupes pro-famille, à l'éducation thérapeutique du patient car il faut être centré sur le patient et voir ce « qui marche » pour lui : ouverture aux nouvelles thérapies, avoir un esprit novateur, des espaces de pensée et de dire. Les garants de ces espaces sont les médecins. Avoir des hypothèses de travail, des espaces distanciateurs. Un travail d'équipe nécessaire lors du signalement des troubles de quelqu'un avec évaluation IDE lors du 1er entretien puis réunion d'équipe (psychiatre, A Sociale...). Le présent réactive le passé et non l'inverse : élucider les pratiques soignantes sinon on est dans le flou d'où nécessité du travail d'équipe (en nombre suffisant, espaces de pensée car temps de relève attaqué)
- - Il faut repartir de quelque chose de plus général : qu'est-ce-qu'on veut faire ? Si les métiers sont différents c'est important pour la notion de transfert (éclaté). Importance des temps informels et des réunions cliniques. Question de la vérité et des différents transferts lors des temps de discussion où le conflit interne du patient s'élabore : en parler permet de le régler, la compréhension d'un phénomène le permet. Il y a un cadre thérapeutique avec des dispositifs différents. 45 % de temps en réunions, synthèses (2 matinées pour réfléchir, écrire et présenter) plus le temps de supervision externe (qui souvent manque dans la pratique). Il y a aussi 1/2 heure ensemble autour d'un café (matin et soir) car le temps d'élaboration n'est pas forcément institué. Mais la recherche de rentabilité réduit ce temps là.

- **Conclusion et synthèse par Michel :**

1 : Importance de l'équipe pluridisciplinaire, effets négatifs de la rationalisation

2 : Etudes et financement de ces études. De quels métiers avons-nous besoin : pour répondre aux besoins ?

Revendications

1 : aspect négatifs de la rationalisation : déqualifications, glissement vers le médico-social, glissements de tâches, équipes jeunes immatures, promotion de l'individu, emprise sociale, problème du comportementalisme, de la traçabilité qui percutent la notion d'équipe == d'où besoin de résistance, d'humanisme, d'espaces de parole. Dimension politique importante.

2 : études : question des GHT, des modules jusqu'aux DU, approfondissement des savoirs, diplômes... Interrogation sur paiement des stagiaires. Il faut partir des besoins (quel métiers)

Revendications : idée de Rencontres Nationales et travail avec groupe parlementaire communiste au niveau du département afin de pouvoir discuter avec ministres. Par exemple,

3 sénateurs sont venus à Saint Egrève (Ex : F. Ruffin député de la Somme), la CME s'est positionnée (conférence de presse), rôle des syndicats de médecins == vers des Etats Généraux en vue d'une loi d'orientation de la psychiatrie. Ne pas laisser aux Ordres la question de la formation en psychiatrie. Question de l'entretien IDE : besoin de reconnaissance et importance de la formation continue. ANFH, demande d'une formation d'introduction à la psychiatrie pour ASH, Services administratifs et techniques.

- **Débat avec interventions de plusieurs camarades :**

- - Attention au projet de loi cadre : trop vague. Risque d'être encore plus encadrés
- - La Commission Nationale Psy est en contact avec le groupe communiste : il y a un soutien sur le terrain == propositions aux directeurs d'hôpitaux. Il faut un groupe majoritaire pour faire une loi cadre.
- - Exemple des aides à domicile à intégrer dans le personnel médico-social pour que la Sécurité sociale finance et non le privé.
- - Exemple de la revendication de Sécurité sociale professionnelle qui a été détournée par les patrons.
- - On a besoin d'autre chose que d'une loi
- - Baratin des directeurs qui disent défendre la politique de Secteur.
- - Pour aboutir : le coeur du problème est l'abandon de la formation ISP et internat en psychiatrie qui entraînent un désert. C'est un désastre politique car mise en cause politique du Secteur car moins de professionnels le défendent. Il faut réintroduire un internat en psychiatrie (supprimé en 1984). Il faut une formation d'une semaine à l'approche de la santé mentale pour les personnels non soignants. Pour la formation initiale : importance de la formation continue qui doit être budgétée de façon obligatoire. La formation initiale IDE : diplôme à réinventer pour le secteur psychiatrique afin qu'il soit véritablement reconnu : ce qui ne se fera que si l'internat en psychiatrie est remis (il a disparu avant que le diplôme d'ISP ne disparaisse à son tour) ce qui a entraîné 30 ans de détérioration de la psychiatrie. Importance du travail au niveau de la région. Travail avec des médecins comme Stéphane Barbas (psychiatre) ou Christophe Prudhomme (urgentiste) qui sont engagés. Importance du mouvement de la société.
- - Le contact avec les étudiants est un peu compliqué (sinon lors des mobilisations ou de leur défense) et problème pour rentrer dans les IFSI et les Ordres.
- - Sur la formation en alternance : pourquoi pas une année de spécialisation ? Mais alors problème car 2 niveaux d'IDE. Problème de l'alternance : pouvoir discuter en groupe après (élaboration). Problème de l'année de spécialisation : un grade en plus et aussi par rapport au contenu (tronc commun puis psychiatrie) == risque de fiasco total.
- - Besoin d'un nouvel élan de la psychiatrie.
- - Risque de mise en danger
- - Importance d'une formation spécifique de la psychiatrie mais problèmes car peu de stages et qui prend en charge ?
- - Il faut faire l'expérience de l'engagement thérapeutique.
- - Financement. Sécurité sociale Prof. Paiement des stagiaires, formation en alternance rémunérée.

THÉMATIQUE 2
BESOIN DE SÉCURITÉ
MAIS PAS LE TOUT
SÉCURITAIRE

CHS Vinatier
mardi 14 novembre 2017





JOURNÉE DU 14 NOVEMBRE 2017 CHS DU VINATIER (BRON)

BESOIN DE SÉCURITÉ MAIS PAS LE TOUT SÉCURITAIRE

Un piège dans lequel nous ne devons pas tomber ! La question des effectifs, de l'équipe pluridisciplinaire, des binômes...

PROGRAMME DE LA JOURNÉE

8h30 **Accueil**

9h30 **Début des travaux**

Françoise (Vinatier), présidente de séance

9h35 **présentation du Vinatier**

Mathieu (Vinatier), secrétaire du syndicat

9h45 **ouverture de la journée**

Marc (Vinatier), Commission Régionale Psy

10h **intervention**

Dr Claire GEKIERE (CHS de la Savoie)

10h30 **débat**

12h30 **Buffet froid au Syndicat**

14h **Reprise des travaux**

Michel (Saint-Égrève), Commission Régionale Psy

14h15 **débat**

16h15 **Conclusion**

Françoise (Vinatier), présidente de séance

16h30 **Fin des travaux**

BESOIN DE SÉCURITÉ MAIS PAS LE TOUT SÉCURITAIRE

Synthèse thématique n°2

Collectif Ψ cgt Rhône-Alpes

CHS Le Vinatier mardi 14 novembre 2017

Un piège dans lequel nous ne devons pas tomber ! La question des effectifs, de l'équipe pluridisciplinaire, des binômes...

UN TOURNANT SÉCURITAIRE ?

Depuis plusieurs années, nous constatons un changement dans les discours politiques, par la **recherche d'un responsable coupable et la promesse d'une réponse sécuritaire** : souvent, en réponse aux faits divers dramatiques avec mort, se déploie un discours voulant sécuriser la population en ciblant les boucs émissaires parmi les malades. Ces promesses sécuritaires diabolisent toute la population dite psychiatrique en niant la souffrance et la misère, allant jusqu'à oublier la bienveillance, pourtant reconnue comme étant nécessaire depuis des siècles, avec la création de lieux spécifiques d'asile protecteur et l'immense progrès apporté par des médicaments. Est également remis en cause le **dispositif de soins public et gratuit pour la population, maillant tout le territoire avec la mise en place des secteurs**, intégrant des lits hospitaliers, des centres de soins au plus près de la population et la possibilité de Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), lieux de réflexion sur l'évolution des problèmes de santé et des réponses apportées en lien avec les autres institutions, les associations et les élus.

Claire GÉKIÈRE, psychiatre chef de service et membre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie, invitée à notre journée de travail, a insisté sur l'existence et l'importance de ce travail de soins et de son inscription dans le paysage national, souvent lié à un travail de réflexion et de recherche de réponse aux nouveaux problèmes de santé, tant localement que sur un plan général. C'est l'absence de reconnaissance de ce grand Service Public, de fait, qui devient maltraitante pour tous les professionnels de ces dispositifs, y compris les médecins, et qui justifie les réductions de budgets.

Le sécuritaire est maltraitant pour les personnels par la négation du travail de penser le soin, remplacé par des procédures : « chambre de soins obligés », d'isolement. Il est maltraitant par la seule injonction de faire des économies, de restructurer sans jamais argumenter du soin, cassant les équipes même si tout le monde reconnaît l'importance de « faire équipe ».

Le sécuritaire est aussi maltraitant pour les patients : suivis de patients en ambulatoire sans consentement qui développe le principe de précaution, sans prendre en compte l'avis des soignants (par exemple la police qui refuse la proposition d'une infirmière d'aller « parler » pour convaincre au lieu de « ceinturer » le patient).

Une des missions de la psychiatrie est le maintien de l'ordre public. **Le sécuritaire, c'est la judiciarisation de la différence, de la déviance...** l'emprisonnement requis pour récidive d'actes déviants (qui pris dans leur singularité n'auraient jamais entraîné une peine de prison auparavant) conduisant maintenant à soigner des malades détenus, d'anciens patients dits « psychiatriques en rupture de soins ».

La course à la rentabilité crée de grosses unités et des collections, des catégorisations de malades. Des spécialisations qui saucissonnent les prises en charge, l'inverse du secteur.

Le sécuritaire se distille aussi à travers la généralisation du « tout surveiller » (vidéosurveillance et vidéoprotection), tous surveillants et la recherche de la faute professionnelle personnelle.

Quid de la confidentialité, d'autant plus avec les futurs dossiers territoriaux ?

UN BESOIN DE SÉCURITÉ

Qu'est-ce que travailler en sécurité ? Dans un environnement sécuritaire ? Dans un environnement de soins ? Est-ce possible de travailler sans Chambre d'Isolément ? Que devient la contenance psychique ?

Apporter une réponse uniquement hôtelière n'est pas acceptable : **à 2 on fait du gardiennage, à 3 du soin et à 4 on commence à faire de la psychiatrie !**

La souffrance des équipes est massive. Dignité et humanité devraient guider les choix. Les mauvaises réponses actuelles sont législatives (hospitalisations sous contrainte), structurelles (unités spécialisées, fermées), architecturales (Chambres d'Isolément), matérielles (dispositif de Protection du Travailleur Isolé) et organisationnelles (protocoles). Avec des moyens suffisants, il serait possible de travailler autrement, contenir autrement.

La rencontre et les témoignages font ressortir **le besoin de plus de sécurité sans aller vers le sécuritaire**. C'est par exemple avoir le temps de penser l'accueil d'un patient supposé difficile violent. Plusieurs témoignages où l'accueil est d'emblée tellement sécurisé, diabolisant le patient inconnu, que cela génère encore plus d'insécurité, avec des effets pervers où la situation devient source de tension, de peur et donc de danger.

Plusieurs interpellations des CHSCT pour demander plus de sécurité, des équipes plus nombreuses, stables, avec le besoin de savoir avec qui on va travailler, toutes catégories confondues... Souvent les réponses des directions sont décevantes, à côté des demandes, avec même des effets pervers par la mise en place de protocoles justifiant de nouvelles baisses d'effectifs.

DES LIEUX FERMÉS

Débat riche entre professionnels, selon leur expérience de travail dans ou hors ces lieux fermés : Unité pour Malades Difficiles (UMD), Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)... Ces lieux sont-ils la bonne réponse à la baisse des effectifs, des fermetures de lits et l'abandon du secteur ?

La judiciarisation cache parfois une attitude paternaliste faite au nom des droits des patients, qui n'a pas empêché l'augmentation des soins sous contraintes et l'augmentation du contrôle social.

Exemples de transferts rapides en UMD, de patients stigmatisés et peu pris en charge par les équipes de secteur, des équipes dépassées, souvent sans grande expérience.

Demande de faire un travail sur la déradicalisation en milieu pénitentiaire : pas assez d'échanges, de partages d'expériences avec d'autres collègues sur une problématique au cœur de l'interdisciplinarité et pas seulement au cœur de la psychiatrie.

Témoignage de soignants dans les UHSA où travail est dur et se traduit par un taux d'absentéisme pour maladie élevé 20%.

UNE JUSTE RÉPONSE

La meilleure sécurité pour la population, c'est que tout le monde puisse être soigné. Cela nécessite un Service Public de psychiatrie maintenu, étoffé, défendu sur le plan de la santé publique et sur le plan des budgets.

Ne pas laisser s'installer une pensée unique de soins mais **accepter que des équipes puissent se référer à des théories différentes et complémentaires** dans le cadre d'un Service Public ouvert à tous, sans rejet et interdictions pour des « moutons noirs ». Éducation thérapeutique, soin et précarité, réadaptation, réhabilitation... sont des références nouvelles que nous ne combattons pas, qui ont toutes leur place, mais à la seule condition qu'au final chaque secteur prenne en charge tous ses malades sans en abandonner.

Reconnaître l'expérience professionnelle acquise : inquiétude à travailler qu'avec de jeunes diplômés, dans une organisation qui ne favorise pas l'échange d'expérience.

L'individualisation de la responsabilité au travail accentue la peur.

NOS AXES REVENDICATIFS

- ▶ Remettre du sens à notre travail pour mieux soigner ! Nous réapproprier notre part soignante.
- ▶ Restaurer la parole. Prendre le temps de défendre le droit à la parole des professionnels, des équipes, du travail catégoriel, pluridisciplinaire.
- ▶ Affirmer la place d'un temps de psychiatrie institutionnelle, non en opposition avec d'autres théories de soins mais comme un temps nécessaire aux équipes pour réfléchir à leur travail. Utiliser tous les lieux, tous les temps qui le permettent.
- ▶ Travailler en sécurité dans un environnement de soins.
- ▶ Répondre et développer la proposition faite par l'Union Syndicale de la Psychiatrie de co-organiser des états généraux de la psychiatrie, intersyndical et pluri-collectifs.
- ▶ Apprendre à désamorcer une crise et penser ce qu'on fait après la crise.
- ▶ Obtenir des équipes en nombre, formées et stables pour qu'elles acquièrent une expérience utile et bénéfique.

« Il va falloir faire évoluer une partie de l'hôpital psychiatrique pour tenir compte de cette trilogie : la prison, la rue, l'hôpital, et trouver le bon équilibre et le bon compromis. »

Nicolas SARKOZY, discours d'Antony (02-12-2008)

14/11/2017

COLLECTIF REGIONAL PSYCHIATRIE RHONE-ALPES
Vinatier : BESOIN DE SECURITE MAIS PAS LE TOUT SECURITAIRE

PRESENTATION VINATIER par Mathieu (IDE Vinatier)

Plus important hopital psychiatrique de France.

A ouvert en 1876. Accueillait à l'époque 1000 malades, plus de 2000 en 1914

En 1952 : Création du diplôme IDSP --> Ouverture d'une école infirmière sur le Vinatier.

2017 : 2537 postes de soignants, perte d'~70 postes

870 lits, 417 places en extra.

Création d'un

- USIP en 2008

- UHSA en 2010

- UMD en 2012 --> 1e premier UMD ayant mis en place la mixité.

Aussi en 2017 : suppression de 40 postes + gel de 40 postes.

Syndicat CGT Vinatier : Création en 1920.

220 syndiqués actuellement.

Investi au niveau de l'union régionale et départementale de la CGT.

En lien avec plusieurs autres instances pour défendre les droits des salariés et patients psychiatriques.

INTRODUCTION par Claire GEKIERE (Psychiatre au CHS de la Savoie) --> Fait partie des 800 médecins signataires de la lettre contre la maltraitance institutionnelle.

Un peu d'histoire :

Daquin, premier psychiatre engagé pour la reconnaissance de la bienveillance envers les malades psychiatriques, lutte contre la confusion entre malade psychiatrique et criminelles/coupables.

Il est inculqué à la psychiatrie la notion de justice.

Prise en compte du collectif --> Pour traiter correctement les patients, il faut aussi traiter l'institution.

Reconnaissance des compétences, des connaissances.

Concernant la sécurité/le sécuritaire :

Observations :

- Pas de CI dans les années 80

- Pavillons ouverts

- Depuis 30 ans :

- Augmentation des contraintes par corps

- Augmentation des unités fermées ---> Lors des reconstruction d'unités notamment.

Constats :

- Il y a autant de fugues dans les pavillons fermés qu'ouverts

- Plus de violence dans les pavillons fermés qu'ouverts

- Nombre d'UMD passés de 4 à 10

- UHSA : 10 actuellement + 7 en plus en prévision

On pourrait penser qu'avec tout cet arsenal, il pourrait y avoir une diminution du nombre de chambres d'isolement/d'unités fermés : NON ; Plus il y a de structures censé traiter ces problématiques, plus il y a de CI/unités fermées.

Le maintien de l'ordre public, fait partie des missions de la psychiatrie --> Internement

1990 : Introduction de la notion de consentement.

2011 : Judiciarisation de la psychiatrie --> Pour quelle raison la judiciarisation est-elle mise en exerce actuellement ?

Installation de vidéos protections dans certains services --> grâce aux fonds de modernisations des établissements de santé.

Euphémisation des termes concernant la CI.

Ex. : Chambre de soins obligatoires, Chambre d'apaisement --> Démarche qualité à laquelle la psychiatrie est soumise pour être dans les normes.

Avec ces nouvelles appellations, on ne sait plus de quoi il s'agit.

"Tous surveillés, tous surveillants" ; Normalisation de la surveillance des personnes :

- Dossier patient informatisé
 - Identitovigilance ; obligation de vérifier l'identité des patients jusqu'à un certain degré
 - Fiche récapitulative des papiers à récupérer à l'entrée du patient --> On (soignants) peut être rendu coupable de ne pas l'avoir fait
- > Augmentation du pouvoir de surveillance hospitalière.

Avec le GHT : Mise en commun des réseaux des hopitaux ; tout membre du GHT a accès aux dossiers des patients de tous les hopitaux.

Tout dossier est accessible ; problèmes de confidentialité ?

Ex : A' St Egrève : Changement de logiciel pour avoir le même qu'au CHU de Grenoble.

Autre problème :

Ex. du CPA de l'AIN sur l'enfermement --> du à la dessectorisation et la restructuration

Résultats quelques années après : Maltraitance --> Patients attachés à leur lit/chaise plusieurs semaines/mois, Mise en CI de plusieurs semaines/mois.

Problème de "coller" les patients par catégorie --> Problème de coller des étiquettes : Engendre de la maltraitance.

"Inquiétante résignation" du personnel soignant -- > Equipes démunies face à tout cela, ils ne savent plus comment réagir.

"Plus une structure est grosse, plus elle enferme."

Il y a un lien à faire entre le contrôle social (dont informatisation des informations) et l'enfermement à faire.

DEBAT :

- Auparavant il y avait possibilité d'accueillir des patients sous X, ce qui n'est plus possible maintenant, sauf pour les toxicomanes.
- De nos jours les CI sont très rapidement remplies
- Problématique de la poste d'étiquettes
- Maltraitance des jeunes diplômés : Ils sont mis directement dans des unités problématiques : Comment faire du bon travail dans ce cas ? Comment acquérir de l'expérience dans ces conditions ?
- Les jeunes diplômés n'ont pas beaucoup de recul sur les situations qu'ils rencontrent, nécessité de faire avec les moyens du bord.

Ex : TSA --> Manque de formation concernant la spécificité des pathologies prises en charge dans ce type d'unités.

- Comment c'était possible auparavant qu'il y ai des unités sans CI ? Actuellement, il y a même des unités avec plusieurs formes de CI : Chambres d'isolement, chambres d'apaisement, salons d'apaisement.

- Ne pas oublier que derrière une pathologie/une symptôme, il y a une personne

- Distinction entre contention et contenance psychique : connaître la personne pour mieux la contenir (psychiquement).

- Forte culpabilité du personnel --> Grande souffrance psychique

- Problème d'avoir recours aux forces de l'ordre pour prendre en charge des patients --> Jusqu'à l'utilisation de taser

Risque de perte/disparition de l'alliance thérapeutique entre le patient et le soignant

Engendrer de l'absentéisme de la part des patients (En CMP)

- Mise en place de gardes à la place des soignants pour mettre un patient en CI.
- Problème de CI ouvertes quand il n'y a plus de chambres normales disponibles.
- Problème d'isolement de patients dans une chambre normale : notion de punition
- Transmission du savoir en psychiatrie --> Il y a de quoi faire, mais comment faire ? Il y a peu de moyens mis en place, l'institution bloque
- Problème des détenus directement mis en CI --> Quand ils retournent en prison, ils sont contents

Il se sentent moins enfermés en prison qu'en CI

- Déqualification du personnel/des médecins. Avec le diplôme psychiatrique --> Plus de bagages quand on arrivait sur le terrain
- Il semblerait que le gouvernement veuille faire disparaître la maladie mentale

PAUSE

- Programme de soins : Il faut pouvoir démontrer qu'il y a des faits nouveaux qui engendrent une réintégration du patient

- Observation de la souffrance qui se dégage de nos propos
- Depuis plusieurs années, on ne pratique plus la psychiatrie du sujet --> Problème du lobi pharmaceutique

La France est le pays où l'on consomme le plus de psychotropes/antidépresseurs --> Lien à faire ?

- Dégradation des conditions de travail
- Disparition des infirmiers psy.
- Fermetures de lits en hospitalisation complète

Qu'est-ce qu'il faut sécuriser ?

- Organisations syndicales : Concernant l'appellation Hopital entreprise

Mise en place de moyens pour résister contre cette appellation + enfermement du patient dans des unités fermées ; socialisation moindre, Mois/pas de sorties

- Patients classés S --> Prise en charge en psychiatrie --> Impasse ?
- La façon dont les choses sont managées à l'hôpital, rendent les choses plus violentes.
- Auparavant, il y avait plus de social de fait par rapport à maintenant.
- Pas plus de violence qu'avant

PAUSE DEJEUNER

Reprise du débat --> Intro. Michel

- Augmentation de la sécurité
- + de gardes sur les hopitaux --> Réponse au besoin de sécurité. Risque de basculement dans l'hypersécurité.

- Concernant le sujet de la violence :

Plus de temps de faire du relationnel

Achat de boucliers, voir de tenues de protection en kevlar --> Considéré comme une dépense de soins.

- Problème des caméras en CI :

Nécessité de lutter contre, parce qu'à la base, la CI est une chambre, donc le patient a le droit à son intimité

- Pb du manque de moyens

(Cf. Discours de Sarkozy par rapport à homicide du jeune dans les rue de Grenoble en 2008)

Amalgame faite entre la folie et la dangerosité

A' St. Egrève : mise en place d'une caméra en CI en 1990 --> Insupportable pour le patient, du coup enlevée.

Il faut se rappeler que les caméras sont interdites pour surveiller le travail des employés, du même ordre pour les patients. Ce n'est pas pour autant que cette loi est respectée.

- Suite aux événements de Pau en 2004 + ceux de 2008 à St Egrève : Augmentation importante de la sécurité dans les hopitaux psychiatriques :

Augmentation du nombre de CI --> Création de 200 CI

Création des unités fermées

Renforcement de la loi d'enfermement

- Concernant la questions sur les détenus :

S'ils s'évadent, c'est tout de suite plus compliqué qu'un patient lambda

- Concernant le problème de l'étiquetage des unités --> Augmentation de la violence

Ex : service TSA (Troubles du spectre autistique) sur St Egrève : le personnel soignant a pensé acheter des boucliers et sous-vêtements en kevlar pour se protéger, devis demandé.

IMAGINER DES REPOSES A' CETTE QUESTION SUR LE THEME D'AUJOURD'HUI :

- Formations :

Maintien sans violence

Gestion du stress et de l'agressivité

- Analyse de la pratique professionnelle/Supervisions

- Problèmes de l'augmentation de la peur : l'augmentation de la sécurité engendre de la peur

Apprendre comment la maîtriser/apprendre à ne pas avoir peur

Apaiser le patient malgré cette peur

- Augmentation du personnel pour mieux contenir les patients psychiatriques

- Ateliers d'écriture du travail --> Mise en place suite à une série de tutorats

- CI = Chambre de soins intensifs = outil de travail

Amener soins aux besoins du patient

- Comment faire pour que notre travail soit au regard de nos patients ?

- Multiplication des outils de travail mis à disposition

- Augmentation de la violence en intensité depuis 40 ans = phénomène de société

Associer cette violence à la psychiatrie = raccourci

- Penser à chaud, ne pas être dans l'acte

- Restauration de la parole entre soignants : remise en place des outils

Réunions cliniques/pluridisciplinaires

Supervisions

Réunions de fonctionnement

Pause café pour discuter

Temps de parole

Tutorats

Points cliniques sur les pathologies

Accès aux formations

Travail en groupe, approche collective du travail

Redéfinir ce qu'est le travail d'équipe

- Pourquoi les détenus se retrouvent en CI ?

UHSA : Prix journalier = 1500 € --> Pour payer personnel + investissement + matériel...

Ce serait pour cette raison que le remplissage de l'UHSA de Lyon est de 75 %

Le patient qui est hospitalisé en soins psychiatriques n'est plus pris en charge par la sécurité social lorsqu'il sort d'hospit. notamment quand il est placé en MAS/FAM...

- Organisation des soins : Devons-nous réaffirmer la sectorisation

- Collectifs soignants doivent se mobiliser, quels recours peuvent avoir les collectifs ?

- SYNDICATS :

Est-ce qu'on est d'accord avec la mise en place de protocoles par la direction

porter l'humanité et encourager la mise en place d'espaces de parole au sein des hopitaux

Encourager personnel à s'adresser aux syndicats

Faire un lien entre les différents outils mis à notre disposition

Prévention sur unités, engendrer des discussions

Journées nationales de la psychiatrie : porter projets en rapport avec ce sujet

Réunion nationale sur la psychiatrie

- Dénoncer la maltraitance et trouver des solutions

- Rassurer les agents sur ce qu'ils font, ce n'est pas de leur faute, c'est souvent situationnel

- Ne pas vouloir mettre en place l'impossible

Compte rendu de la réunion du 14/11/2017 au CHS du Vinatier

- Tour de table et présentation des participants

- Présentation du CHS du Vinatier par Mathieu, secrétaire CGT :

1^{er} hôpital psychiatrique de France, crée en 1876, 1000 malades à sa création. En 1940, 2900 patients, à la fin de la seconde guerre mondiale, seuls 900 patients étaient encore présents. (2000 morts)

Aujourd'hui 25 000 patients pris en charge, avec 870 lits d' HC.

Créations : en 2006 USIP

En 2010 UHSA

En 2012 UMD

La CGT du Vinatier a été créée en 1920, elle compte 220 syndiqués.

*Introduction du Dr Gékière Claire, psychiatre du CHS de Bassens depuis 2010

Depuis 1984 : arrêt de l'internat de psychiatrie

En 2018 : état généraux de la psychiatrie

- La richesse de la psychiatrie en France, la prise en charge du collectif.
- Traiter d'une façon personnalisée le patient, dans une prise en charge institutionnalisée.
- Dans la pratique : augmentation de l'enfermement, mise en place des chambres d'isolement et de la contention.
- Depuis trente ans : augmentation de la contrainte par corps et augmentation des unités fermées. (NB : il y a plus de violences dans les unités fermées que dans les unités ouvertes).
- L'augmentation des UMD (de 4 à 10), ouverture de 9 UHSA (17 prochainement), un certain nombre d'USIP, n'a pas permis de diminuer le nombre d'unités fermées dans les CHS.
- Depuis 2012, + de 15000 patients en soin sans consentement (mise en place de soins sans consentement à domicile).
- Le maintien de l'ordre fait partie des missions de la psychiatrie : internement.
- La psychiatrie doit gérer beaucoup de problèmes de société, ce qui se passe en psychiatrie est le reflet de la société.

- NB : mise en place de la vidéo surveillance et des CSO au CHS sur des fondes de modernisation de la psychiatrie.
- Aujourd'hui depuis la mise en place de l'état d'urgence, la psychiatrie est soumise à surveillance.
- On intègre aussi dans ces pratiques que c'est normal de surveiller les gens et d'avoir plein d'information (identité- vigilance).
- On est passé de l'identification déclarative à une identification absolue (obligatoire et sécuritaire), avec la place de plus en plus présente de l'informatique.
- Mise en réseaux des établissements au sein des GHT avec le partage des informations.
- NB : à l' HP les services d'intra concentrent les cas les plus difficiles, intensité du trouble psy.
- Plus une institution est grosse et qu'elle a des moyens, plus elle enferme ...
- Dans les lieux fermés les murs sont importants, mais ce qu'il compte c'est qu'il y ait de la vie à l'intérieur (UMD, USIP, UHSA).
- La psychiatrie est une rencontre avec le patient, qui est la personne derrière le symptôme.
- Comment on est contenant dans la rencontre avec la personne.
- Problème des détenus hospitalisés, obligatoirement en CSO et attachés la plupart du temps (questionnement du lien dans le soin avec le patient).
- Nombre de personnel en service :
- A 2 on fait du gardiennage
- A 3 on commence à faire du soin
- A 4 on fait du soin psy
- Le projet régional de santé : en restructuration jusqu'en 2019.
- Discours sécuritaire du président SARKOSY : suite au décès d'un jeune homme tué en 2012, par un patient du CHS de Saint Egrève.
- Le malade psy n'ont pas augmentés, mais la santé mentale augmente selon le climat de la société, augmentation des dépressifs (chômage, crise financière, et...)
- Mise en place de caméra dans certaines chambres d'isolement.
- Mise en place d'équipe de sécurité, des vigiles le plus souvent, très rarement des infirmiers (SAGI à Saint Egrève, SASR à Bassens).
- Mise en place d'USIP et augmentation des chambres d'isolement.
- Réforme des procédures administratives HDT et HO, devenues SPDRE ET SPDT.

- La réponse aux besoins de sécurité dans les établissements :
 - Vigiles externalisés
 - Bouclier en Kevlar pour les infirmiers
 - Vêtements de protection contre les armes blanches
 - Formations gestion de la crise, maîtriser sans violences.
 - Réunions cliniques, supervisions, échanger sur la violence, mettre des mots, penser le soin, verbaliser sa peur.
 - Comment faire face à la violence ?
 - L'absence de peur de certains soignants n'est-elle pas un vrai problème ?
 - Sentiment de toute puissance.
 - L'absence de projet médicale n'est-il pas la cause de l'insécurité
 - La peur est liée à l'état clinique des patients et au risque de se faire sanctionner quand les choses se passent mal (sanction administrative) de + en + de protocole de soins.
 - Doit-on travailler en sécurité dans un environnement sécuritaire ou travailler en sécurité dans un lieu de soin ?

THÉMATIQUE 3

VIEILLISSEMENT DES PERSONNES MALADES PSYCHIQUES

CHS Saint-Égrève
mardi 12 décembre 2017





JOURNÉE DU 12 DÉCEMBRE 2017

CHS DE SAINT-ÉGRÈVE

LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES MALADES PSYCHIQUES

Désengagement du sanitaire pour une partie d'entre elles... Quel impact des dysfonctionnements de la psychiatrie sur les EHPAD et l'Action Sociale ?

PROGRAMME DE LA JOURNÉE

8h30 **Accueil**

9h30 **Début des travaux** Françoise (Vinatier), présidente de séance

9h35 présentation du CHS Catherine (Saint-Égrève)

9h40 présentation du syndicat Isabelle (Saint-Égrève)

9h45 ouverture de la journée Marc (Vinatier), Commission Régionale Psy

9h50 **intervention** Patrick GIROUD (Collectif Fédéral Personnes Âgées)

10h10 **Témoignages** *Maisons de retraite*

11h **débat**

12h30 **Buffet**

14h **Reprise des travaux** Michel (Saint-Égrève), Commission Régionale Psy

14h05 **intervention** Pascal DUPAS (Coordinateur Régional Santé)

14h30 **Témoignages** *Aide à Domicile & Service Hospitalier*

15h10 **débat**

16h20 **Conclusion** Françoise (Vinatier), présidente de séance

16h30 **Fin des travaux**

LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES MALADES PSYCHIQUES

Synthèse thématique n°3

Collectif Ψ cgt Rhône-Alpes

CHS Saint-Égrève mardi 12 décembre 2017

Désengagement du sanitaire pour une partie d'entre elles... Quel impact des dysfonctionnements de la psychiatrie sur les EHPAD et l'Action Sociale ?

! Une certitude est apparue dès le début de nos travaux : **les personnes âgées malades psychiques doivent être prises en charge dans le cadre de la sectorisation.**

PSYCHIATRIE & VIEILLISSEMENT

Cette population de patients provient de multiples lieux (multiprovenances), souffrent de maladies nouvelles ou anciennes, parfois de polyopathologies complexes (neuro ou psy ?).

Une stabilisation est nécessaire pour l'intégration dans les lieux de vie.

Le paiement des familles induit le contrat moral d'une bonne prise en charge de l'établissement.

Les valeurs de dignité sont portées massivement par les professionnels.

La maladie n'implique pas être malade à vie !

DÉTERMINATIONS LIBÉRALES

Elles mettent en œuvre une prédominance financière sur tout autre critère, le tout ambulatoire, une rationalisation massive (un rendement prioritaire), le regard et la place des familles est prédominant.

L'EHPAD ACTUEL EST-IL ADAPTÉ ?

Les patients sont de plus en plus lourd (notamment dû aux fermetures de lits sanitaires), les traitements médicaux ne sont pas nécessairement privilégiés.

Nous constatons un taux d'encadrement grandement insuffisant, des glissements de tâches, une déqualification, des formations insuffisantes, un turnover important, des organisations de travail en 12h, de nombreuses situations d'épuisements professionnels.

Les professionnels témoignent :

- d'être obligés de « faire à la place » au lieu d' « aider à faire »,
- que les équipes sont souvent culpabilisées,
- de la mise en œuvre d'un management agressif, d'un large autoritarisme,
- d'une perte de confiance dans les hiérarchies et directions,
- d'une évidente discrimination syndicale,
- d'une profonde négation de la violence et de la réalité de terrain.

L'usage de contentions s'effectue parfois en dehors du cadre légal.

Les absences médicales sont importantes.

La mixité de différentes populations de patients, pas forcément compatibles, aggrave la détérioration des conditions de travail.

La fermeture de lits implique des sorties à tout prix, un évident forcing. Les délais d'hospitalisation complète sont trop longs, voire impossibles.

Les conventions et les intégrations avec des Centres Hospitaliers (GHT) durcissent les relations (autoritarisme) et effondrent les conditions de travail (rationalisation).

Le reste à charge est important, on observe même des chantages aux familles.

NOS AXES REVENDICATIFS

- ▶ Obtenir une Sécurité Sociale « *de la naissance à la mort* » !
- ▶ Réaffirmer que la maladie implique une prise en charge de la Sécurité Sociale !
- ▶ Développer un contre-projet et trouver des solutions en dehors du marché capitaliste.
- ▶ Soutenir le concept de Centre de Santé Public, à la différence d'une Maison de Santé (Pluriprofessionnelle) où l'objectif est de tenter de sauver la médecine libérale : une structure sanitaire de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, qui mène des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique et des actions sociales. Les professionnels sont salariés et pratiquent le tiers payant.
- ▶ Les placements (en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes par exemple) impliquent une adresse et donc une sectorisation psychiatrique ! Le suivi de cette population peut donc se structurer à travers le secteur psychiatrique.
- ▶ Rappeler que la sectorisation psychiatrique est le premier exemple de travail en réseau (France pionnière).
- ▶ Élargir l'indispensable formation des élus syndicaux.
- ▶ Obtenir la prise en compte de l'avis des professionnels de terrain (prises en charge, orientations médicales et organisations de travail).
- ▶ L'abandon du numerus clausus.
- ▶ Obtenir une révision de la mesure de la dépendance (Groupes Iso-Ressources) et de son calcul, inadapté pour les patients en situation de handicap psychique.
- ▶ Conquérir un taux d'encadrement de 1 agent par résident.

« Je demande à ce que bien-être et traitements respectueux ne soient pas des services qui se monnayent, mais à ce qu'ils soient accessibles à tous. Je demande à ce que maison de retraite ne soit plus synonyme d'hospice ni de mouvoir, mais de lieu d'accueil solidaire et fraternel.

Je demande la dignité. »

Alma Adilon-Lonardoni - Il fait si bon vieillir...

lauréate du 15e concours de plaidoiries des lycéens pour les Droits de l'homme, 2012.

ACCUEIL DES PERSONNES PSYCHIQUES VIEILLISSANTES EN EHPAD

Patrick GIROUD

12 décembre 2017

Saint-Égrève

De nombreuses actions dont les 117 jours de grève aux Opalines à Foucheraus dans le Jura ont fait monter la polémique sur la situation des EHPAD.

Les médias s'en sont emparés et une mission « Flash » parlementaire a été lancée en Août 2017.

Les conclusions ont dénoncé un constat accablant :

- Une population de plus en plus dépendante et mélangée.
- Un manque flagrant d'effectif.
- Un manque de formation (ASH faisant fonction d'AS, ASH de nuit).
- Beaucoup d'emplois précaires (CDD, contrats aidés...), jusqu'à 50% et non qualifiés.
- Des conditions de travail de plus en plus dégradées.
- Une intensification des tâches, avec des glissements de tâches et de transferts de compétences (distributions des médicaments...).
- Une charge physique et psychique qui s'intensifie de plus en plus (dans le privé lucratif, une AS de nuit fait aussi office d'agent de sécurité de nuit ou une seule AS pour 78 résidents avec 55 changes la nuit...).
- Un durcissement du management (dans un CCAS des horaires de nuit de 21h à 1h00 et reprise de 3h00 à 6h00 du matin ou l'exploitation et la manipulation des contractuels lors des rappels pour arrêts...).
- L'absence d'IDE la nuit, avec des appels au 15 et des hospitalisations qui pourraient être évitées ou des soins sommaires sur place et une hospitalisation que le lendemain matin.

Pour résumer une « maltraitance institutionnelle » responsable de la dégradation croissante des prises en charge des résidents.

En EHPAD le personnel a aussi à prendre en charge des personnes atteintes de troubles psychiques, qui après 60 ans ne sont plus considérées comme « psy » mais comme personnes âgées et d'autres constats sont mis alors en évidence :

- Des soignants pas formés à la psychiatrie.
- Des AMP sur des postes d'AS, avec la partie charge de travail AS qui est reportée sur le reste de l'équipe lors des accompagnements.
- Un turnover important qui déstabilise les résidents.
- Pas la même prise en charge, de l'accompagnement en psychiatrie, on passe au « on fait à la place » en EHPAD par manque de personnel, de temps et à cause de la surcharge de travail.
- La partie psy n'est pas ou pas assez prise en compte dans la charge du travail et l'organisation du travail.
- Moins de temps de psychologue et de psychiatre, le médecin généraliste gère tout.
- Des conventions avec des établissements psy, mais sans interventions, Le médecin généraliste diminue parfois les traitements en retour d'hospitalisation en psy.
- Des résidents non stabilisés, avec des addictions (café, tabac, alcool, drogue) et qui déambulent la nuit.
- De plus en plus de violence et d'agressions physiques et verbales envers le personnel.
- Augmentation du nombre d'accidents du travail, de TMS et d'inaptitudes.
- Avec les fermetures de lits dans les établissements psy, les cas les plus légers se retrouvent en EHPAD au détriment des personnes âgées du secteur, Avec l'association des maladies dues au vieillissement ils deviennent très lourds.
- Les personnes âgées les plus lourdes se trouvent dans le public car le privé sélectionne ses entrées.

Les réponses à la mission « Flash » parlementaire (1 million d'€ supplémentaire et l'essai de permanences IDE sur plusieurs établissements le nuit) ne sont pas à la hauteur, Ces mesurette montrent le peu de considération porté par le gouvernement aux résidents et aux personnels en EHPAD.

Le Plan Grand Âge de 2006 prévoyait un ratio de 1 pour 1 en 2012, il n'est que de 0,50 en 2017 (0,36 en Isère), contre 1,02 en Allemagne.

La réforme du financement des établissements ne va rien améliorer, bien au contraire, avec la réforme de la tarification une baisse de dotation de 200 millions par an est annoncée.

L'adhésion des EHPAD à des GHT va entraîner des restrictions budgétaires, des mutualisations et des fermetures de services.

La loi de financement de la Sécurité Sociale ne répond pas au constat accablant de la mission « Flash », ni aux exigences du personnel en grande souffrance, ni à un accueil digne des personnes âgées.

Suite à la journée d'étude sur l'accueil des personnes âgées qui a eu lieu à Montreuil le 16 Octobre 2017, plusieurs actions ont été décidées :

- Une pétition sur les conditions de travail et la défaillance de prise en charge des résidents en EHPAD.
- Une note d'information sur la mission « Flash » parlementaire.
- Un tract sur les moyens financiers en EHPAD.
- Une journée de mobilisation et de grève prévue le 30 janvier 2018.

Témoignage de la psychiatrie en EHPAD

Maison de Retraite départementale de la Loire

12 décembre 2017, CHS Saint-Égrève

La MRL, 2ème établissement national, capacité de lits de 432 en EHPAD, nous avons trois services de personnes avec problématique psychiatrique. Le nombre total de résidents est de 128 repartis : 1 service de 29 lits PAD, 1 service de 57 lits (valides) et un service de 40 lits PAD avec des personnels sans réelles formations psychiatriques. Pour exemple : pas IDE psy, temps du médecin psychiatre est d'une demi-journée par semaine et les médecins qui interviennent sont : soit gériatre ou médecin de ville.

Dans notre établissement, ces services spécifiques ne sont pas reconnus, pour un service de 57 résidents deux aides-soignantes ou AMP par poste (matin /soir) pour le service de 40 patients 3 AS le matin et 2 pour le soir pour la population accueillie. Nous ne parlerons pas lorsque des effectifs minimums c'est encore pire !!!! pour exemple 1 AS pour 57 résidents ... chercher l'erreur !

La spécificité de cette pathologie fait qu'avant 60 ans des structures adaptées peuvent les accueillir mais dès qu'ils ont atteint l'Age de 60 ans, leur pathologie psychiatrique disparaît ...pourquoi ?

Pour les accompagnements auprès des psychiatres, c'est une fois puis ensuite cela s'effiloche les années suivantes. Le médecin gériatre s'occupe des résidents qui « décompensent » ... Le médecin ne prend pas toujours en compte l'avis des soignantes et met longtemps à agir avant de modifier les traitements. Ce qui majore l'insécurité pour les soignants et entraînent un risque de violence....

Cette situation dure depuis des décennies. Aujourd'hui, nous, syndicat CGT alertons sans cesse sur cet état des lieux de manques de personnels pour encadrer cette population spécifique.

COLLECTIF REGIONAL DE PSYCHIATRIE
Journée du 12 décembre 2017 CHS de Sainte Egrève
« Le vieillissement des personnes malades psychiques »

Après que Catherine et Isabelle du CHS de Sainte Egrève aient présenté le CHS et son syndicat CGT, Marc Auray du Vinatier ouvre la journée.

Introduction par Marc Auray : Lors des Rencontres Régionales à Vinatier 7 thèmes ont été proposés pour préparer les Journées nationales de la Psychiatrie à Montreuil les 21, 22, 23 mars 2018. Lors de ces Rencontres à Vinatier en mars des petits films ont été faits qui serviront de supports aux débats et seront passés en boucle à Montreuil lors des Journées nationales de psychiatrie. L'idée est que nous sommes tous en galère mais qu'il y a aussi beaucoup d'espoir car les équipes n'acceptent pas les conditions de travail en psychiatrie, en EHPAD. L'idée est de dire les résistances, les luttes et les grèves mais aussi la résistance intellectuelle en regroupant nos réflexions et en nous mettons tous ensemble. La première journée au CHS de Bassens était consacrée à la formation (initiale ou pas). Une formation « approche de la maladie psychiatrique » est à présent proposée à tous les professionnels non soignants à Vinatier. La deuxième journée à Vinatier était consacrée à une réflexion sur les structures fermées (ex : UHSA) et la question de la contention pour pallier le manque de personnel. Aujourd'hui cette journée est consacrée à la prise en charge des personnes vieillissantes souffrant de problématiques psychiatriques. En EHPAD il y a un manque de moyens et de formation des personnels pour recevoir ces patients (Ex : à l'Arbresle, à Vaugneray...). Le but de cette journée est d'arriver à la rédaction d'une fiche support à transmettre à Montreuil. La prochaine Journée du Collectif Régional de Psychiatrie se déroulera à Vienne le 16/01 et elle n'est pas réservée qu'aux syndiqués. Nous travaillerons sur la place de la psychiatrie dans un Grand Service Public de Santé (pour le financement). Voir la personne de la Confédération qui travaille dans la Commission Confédérale pour faire remonter les travaux. Tout le monde est concerné afin de faire un état des lieux mais surtout pour se projeter dans l'avenir.

Patrick Giroud (Collectif Fédéral des Personnes Agées) : Travaille en EHPAD, était présent à la Fédération pour la Journée sur les Personnes Agées. Secteur où il y a beaucoup de grèves, par exemple la grève de 117 jours de l'EHPAD les Opalines dans le Jura qui avait été beaucoup médiatisée ce qui avait mis la pression sur le gouvernement. Le constat est accablant dans les EHPAD : une population de plus en plus dépendante, un personnel de plus en plus restreint et précaire avec une augmentation des glissements de tâches et une surcharge physique et psychique (Ex : ASH de nuit, 1 AS pour 70 patients dont 55 changes, un durcissement du « management », des horaires inacceptables ; de 21 H à 1 H puis de 3H à 6 H !!! Il n'y a pas d'IDE la nuit donc on doit appeler le 15, les soins sont sommaires et l'hospitalisation est pour le lendemain). Il y a un mélange dans la population avec des patients de plus de 60 ans souffrant de pathologies psychiatriques, les AS n'étant pas formés à la psychiatrie il y a un « turn over » important du personnel ce qui désoriente les résidents. Il y a aussi pour les AS une prise en charge plus importante l'après-midi car les AMP (Aide Médico-Psychologique) ont un rôle d'accompagnants l'après-midi alors qu'ils sont soignants le matin. En EHPAD nous n'avons pas les moyens de faire de bonnes PEC par manque de personnel on fait à la place du résident au lieu de l'accompagner et les patients qui ne sont pas autonomes deviennent agressifs, il y a aussi la déambulation nocturne. Il y a aussi une baisse des temps de psychologues et les psychiatres qui interviennent moins en EHPAD et sont remplacés par des médecins généralistes qui passent des conventions avec les établissements psychiatriques. Cela amène à des baisses des traitements psychotropes par les médecins généralistes pour des patients lourds et polypathologiques. Les EHPAD publiques sont surtout visées par ces problèmes car les EHPAD privées sélectionnent les patients moins lourds cela est une maltraitance institutionnelle. La proposition de mission « flash » sur le budget et le personnel sont des mesurette qui n'améliore rien (baisse de la tarification et baisse des budgets). L'adhésion de l'EHPAD au Groupement Hospitalier de Territoire entraîne une baisse de budget et une mutualisation du personnel. Suite à la journée sur l'accueil des Personnes Agées à

Montreuil, une pétition et des tracts ont été diffusés. On demande des moyens financiers. Une journée de grève est prévue le 30/01/2018.

* Michel de Sainte-Egrève : Il y a 2 moments importants dans la vie : l'entrée dans l'âge adulte et dans la vieillesse qui sont 2 portes d'entrée en psychiatrie qui conduisent vers des démences en plus des maladies liées à la vieillesse (maladies neurodégénératives) cf : 4 pages de la campagne « Aide à l'autonomie ».

Témoignage d'un professionnel de l' EHPAD de l'Arbresle : Il y a 85 résidents dans cet EHPAD public dont des patients qui viennent du secteur psychiatrique. Il y a eu un accident de nuit il y a quelques temps qui montre le manque d'accueil adapté, un personnel pas formé à la psychiatrie, le mélange des âges des résidents, des traitements prescrits par les psychiatres qui sont « allégés » par les médecins généralistes afin que ces patients trop « endormis » s'intègrent aux animations d'où des troubles du comportement et des agressions sur le personnel ou les autres résidents. Dans l'Unité de Vie Protégée où on accueille des patients Alzheimer qui ont envie de fuguer, on est 2 soignants pour 15 résidents et s'il y a un problème on nous dit qu'on « n'a pas su gérer », on nous demande de faire le même travail avec moins de personnel. On appelle le médecin coordonnateur si on est en difficulté avec un patient agressif mais il nous dit « c'est normal ». Je fais partie du CHSCT, on a mis en place une expertise sur les troubles psycho-sociaux mais il y a des restrictions de budget. Les remplaçants ne sont pas formés donc il y a mise en danger, épuisement et burn-out du personnel. On est ciblé par la direction : courriers menaçants car on dérange. Les droits ne sont pas respectés : les ASH donnent les médicaments. On a fait des réunions pour mettre en place une réunion CHSCT extraordinaire le 12/01. Nous sommes 2 pour faire la toilette de 35 résidents ! Comment mobiliser les familles pour soutenir le personnel ? Il y a des réunions de prévues mais on ne peut rarement y aller. De plus en plus de familles protestent.

* Marc du Vinatier : dans les EHPAD publiques le prix est de 1900 Euros/mois et Domusvi c'est 4900 !!!

Soignante de l'EHPAD de Vaugneray: Avant il n'y avait que de la psychiatrie, en 1995 ouverture de la gériatrie. Il y a 120 lits de gériatrie dont 30 lits de SLD, 15 places d'accueil de jour, accueil de patients alzheimer, 15 lits pour l'Unité d'Accueil PPS en partenariat avec SJDD pour les patients âgés de plus de 60 ans pour orientation. On a un psychiatre à 10 %, un gériatre à 20 %, une psychologue à 20 %. Cette unité a ouvert en avril 2017 et 4 personnes ont été réorientées, 1 hospitalisée, d'autres stabilisées mais il y a 2 personnes qu'on n'imagine pas en EHPAD ou en appartement car elles sont trop envahies. A l'EHPAD il y a 20 lits et on est 3 le matin, 7 pour 40 lits, à l'USLD on est 4 pour 20 patients. Il y a beaucoup de fatigue sur les EHPAD !

Aide-Soignante d'Albigny : Nous avons 638 lits : 175 lits de SSR, 85 lits USLD, 354 lits d'EHPAD. Nous sommes 800 salariés dont moins de 30 % sont titulaires. La reconstruction de l'hôpital va coûter 11 millions. On a fait 400 000 Euros de bénéfice : c'est hallucinant pour un établissement public ! L'UCC (?) va remplacer le SSR, il y a 16 lits (2 patients/chambre). Les patients ont des parcours multiples (Alzheimer), mais souvent viennent avec un lourd passé en psychiatrie. Ils arrivent en étant calmé par un traitement mais ici le traitement est non médicamenteux (« bienveillance », « humanité »...), ils sont inscrits dans des groupes occupationnels où la violence augmente vis-à-vis des autres patients mais aussi du personnel. Le CHSCT doit souvent intervenir. Le personnel est non-formé et l'unité est non-labellisée. Les AS en gérontologie devraient avoir une prime qui n'est pas versée, on l'a signalé à l'ARS mais pas de retour car tous sont de mèche !!! (Question sur la formation des ASG des primes dans Cantou, shoot, TS de patients...)

Aide-soignante de l'hôpital de Sainte-Foy-les-Lyon : on a EHPAD, Médecine, SSR, Maternité. Vient de reprendre le secrétariat de la CGT mais c'est très difficile avec la Direction qui veut tout

commander en CHSCT : exige le passage aux 12 H de travail. Le CHSCT a refusé mais le Directeur s'obstine et a porté plainte. On a gagné : l'EHPAD et la Médecine restent en 7 H 40 mais le Directeur refuse et impose les 12 H à l'EHPAD contre la justice. Il nous envoie des PV contradictoires aux nôtres lors du CHSCT. Il y a aussi des problèmes avec les heures supplémentaires sur nos payes à faire valider par Cadre de Santé sinon on n'est pas payées. La pointeuse très chère n'est pas paramétrée, nos comptes d'heures sont oraux et jamais écrits, il y a des déficits de 70 à 200 heures !!! 51 % du personnel est précaire, il y a un manque de personnel, les absents ne sont pas remplacés, il y a des accidents du travail.

Personnel du médico-social : L'établissement a accepté d'être rattaché au GHT de Valence. On a 3 pavillons d'EHPAD + un accueil pour adultes handicapés vieillissants mais l'équipe est en difficulté car multipathologies. Les médecins baissent les traitements médicamenteux. Le CHSCT met la pression sur la Direction avec des revendications dans le projet médical.

Structure psychiatrique FAM : Il y a 40 places pour des patients de 18 à 60 ans, 9 places pour des foyers de vie, 14 lits au petit FAM pour maladies dégénératives. Tout type de handicap mental avec troubles associés. Il y a eu 10 départs cette année en EHPAD classiques. Problème car ces patients ont été toute leur vie accompagnés dans nos structures et encadrés nuit et jour et du jour au lendemain car ils ont plus de 60 ans (mais non séniles) ils se retrouvent sans activité, sans gestion de leur angoisse. Alors qu'on était 1 personne pour 14 résidents. Ces patients ne sont pas stabilisés, ils ne sont pas séniles : il y a des passages à l'acte violents, des agressions sur les soignants. Aucune réaction de la Direction malgré l'augmentation des FEI (2 à 3/j). Depuis 5 mois ça va mieux.

DEBAT :

* Jean-Claude (sociologue) : Ça montre que le système en place (loi de décentralisation qui anticipe le vieillissement de la population a un objectif économique qui est de casser la Sécurité sociale pour casser le Service Public Hospitalier. Le système est à bout de souffle. Les patients malades psychiques vieillissants dans les EHPAD ont soit des antécédents psychiatriques, soit dus au vieillissement. Pourquoi refus de considérer Alzheimer comme maladie psychiatrique : car elle serait alors PEC par la Sécurité sociale. L'hôpital psychiatrique se calque sur le modèle MCO (CS, MS, LS). Question des « inadéquats » : leur place est à l'HP.

* : Question du mot « psychiatrie », à la base on le bannit et on dit « c'est une personne vieillissante »

* Mathieu du Vinatier (IDE) : Il y a un désinvestissement total du Sanitaire par rapport au vieillissement psychique. Les patients sont mis hors de la psychiatrie, vont dans les EHPAD, on arrête tous les suivis (Dr généraliste, manque de psychiatres). Trouver lieux de vie hors de l'HP mais aussi avec l'HP (CMP, HDJ, CATTP) mais problème si plus de 60 ans. Sur Vinatier une unité de gérontopsychiatrie accueille les PA qui tombent malades venant des EHPAD mais il y a saturation et l'attente augmente donc l'état de détresse mentale aussi. Viennent parfois mourants.

* Jean-Claude : (Rhône, diaporama sur les EHPAD). L'entrée est de plus en plus tardive avec pluripathologies, pathologies psychiatriques anciennes toujours présentées comme « stabilisées ». Avant la provenance était à 80 % du domicile, aujourd'hui elle est des USLD, SSR, MCO et de la psychiatrie (en augmentation) mais les EHPAD sont inadaptés à la PEC de ces patients : peu de personnel et peu formé, lieux inadaptés, peu de présence médicale psychiatrique. La question budgétaire de la PEC de la Sécurité sociale qui s'arrête à l'entrée en EHPAD. Conséquences : dégradation des conditions de travail et de la qualité des PEC (contentions, violences physiques et psychiques et maltraitance des personnels). Propositions : Comment aimerions-nous vieillir ? Problème d'être dans un marché capitaliste. Il faut un modèle hors de ce marché.

* Marc : Il y a une résistance de la gérontopsychiatrie contre la fermeture d'une unité. On les place en EHPAD puis on les récupère dans un état lamentable. Et pour les placer il faut les « vendre » pour les EHPAD, comme un service après vente de chez Darty mais ça ne suit pas (Ex. patient envoyé à l'Arbresle puis enfermé, contenu pour le réintégré à Vinatier, pendant 1 mois ! Intervention au Conseil de Surveillance!) Pourquoi les familles ne bougent pas ? Hier à Villars-les-Dombes elles entendent « Si vous n'êtes pas d'accord avec la PEC, retirez votre parent » ! La situation des EHPAD provient des dysfonctionnements de la psychiatrie : manque de moyen, financement de la Sécurité sociale. Question de la PEC des personnes âgées, des propositions à faire : ratio 1 pour 1, financement par la Sécurité sociale de la vieillesse car « sécu de la naissance à la mort », dans notre pays riche, les familles ne peuvent pas tout financer !

* Bélinda (assistante sociale) : Question de l'orientation des patients âgés psychiquement dépendants, du calcul du GIR et de sa refonte car très bas mais patients valides : le GIR n'est pas adapté à ces patients qui ne sont pas pour les EHPAD classiques mais adaptées. L'EHPAD est un lieu de résidence, les résidents y ont une adresse. Question des professionnels spécialisés aux soins aux aidants.

* Carole (psychologue) : Question sur le rôle et la responsabilité des médecins dans la situation actuelle ou plutôt de l'orientation donnée par leur instance : l'Ordre des médecins. Question du Numéris Clausus qui crée une pénurie de médecins, de psychiatres. Question de leur manque d'implication pour défendre l'hôpital public, les institutions en général et les personnels en particulier. Leur rôle dans la mise en place de la T2A.

* Martine (psychologue) : Manque de médecins généralistes, de psychiatres, les médecins gériatres ne sont pas du tout formés à la psychiatrie (cf : traitements psychotropes...)

* : Les assistantes sociales sont poussées à faire sortir les patients car l'HP n'est plus un asile. Pas d'éventail d'accueil à l'extérieur : on met en place des équipes mobiles géronto-psy etc, on passe des conventions avec les EHPAD, si problème on reprend le patient et le psychiatre signe : il faut que ça soit reconnu. Sur l'activité des équipes pluridisciplinaires.

* Françoise (A. Sociale) : malades mentaux de la naissance à la mort, il y a des gens très handicapés, très malades mais pas tous. La file active des gens suivis est plus importante que celle des hospitalisés. Il y a un suivi sur le secteur mais les équipes mobiles ne connaissent pas forcément les patients. Pas de prise en compte de l'avis des professionnels : le rôle du paramédical pour donner son avis dans l'équipe.

* Anne : Au CHS Savoie, optimistes, seul établissement départemental au fonctionnement un peu différent par rapport à l'orientation en EHPAD et suivis. Les équipes du secteur continuent les VAD et le psychiatre continue les visites à l'EHPAD : 1/2 journée/semaine de psychiatre à l'EHPAD et une PEC commune avec médecin généraliste. Reste le problème de la formation asilaire : avant les patients restaient longtemps en CHS, maintenant les jeunes collègues ne pensent pas cela et font sortir vite.

* Catherine de l'Arbresle : A l'arrivée nous n'avons pas toujours les informations sur le résident : on évite de dire « patient agressif », on est en confiance puis on se retrouve dans des positions compliquées. A l'entrée d'un patient « Alzheimer » on dit qu'en fait il est « en colère » 15 jours avant la PEC médicamenteuse puis à l'évaluation on change de traitement. 1 mois et demi puis attente car délai d'hospitalisation très long. Volonté de l'établissement de baisser le nombre des hospitalisations car manque à gagner. Question des GIR faites au dernier moment : la grille GIR doit être faite par le personnel habitué au patient.

* IDE Saint-Cyr : problème de violences, patients déambulant, fuguent. Cris, patients peu traités.

* équipe pluriprofessionnelle : les AS , on ne nous écoute même plus, on ne prend pas en compte le côté psychiatrique, agression : le médecin doit prendre en compte la violence. On a un psychiatre une fois par semaine pour 80 résidents. On fait des toilettes à 3 car sinon agression. Question de la PEC : analyse des FEI, importance des CHSCT où on arrive à se positionner : on sait ce que l'on veut et ce que l'on ne veut plus.

* Albigny : Sur la position des médecins et la notion de pluridisciplinarité qui s'est perdue, les médecins agissent comme des gestionnaires. Dénonciation en CHSCT où les médecins ont voté pour ce service, on n'a pas donné notre avis : augmentation des agressions qu'ils sont incapables de gérer car idée de « soins sans médicaments », médecins pas là. Le MMS n'est jamais associé au GIR à l'arrivée !

* Jean-Claude : par rapport aux médecins : pas question de les défendre car l'hôpital est confronté à 3 problèmes : le numéris clausus (Rocard), la formation des médecins (très technique, très gestionnaire), on ne forme plus de psychiatres. Mise en place d'un CIM 10 où le diagnostique est un diagnostique comportemental. Les médecins sont sous la pression des financiers pour faire sortir (trop de traitements, trop d'actes...). Être en empathie avec eux. Le GIR est une resucée de la T2A pour le financement et rien d'autre que cela alors qu'il est présenté comme scientifique.

* Carole : Plutôt être en empathie avec le personnel (ASH, AS, IDE...), les équipes qui sont en première ligne avec les patients et qui subissent la dégradation des conditions de travail. Les médecins doivent soutenir les équipes car ils sont dans une position hiérarchique qui leur permet d'être plus entendus que nous.

* Françoise : avoir un nombre de professionnels suffisant, faire fiche pour revendiquer une augmentation du personnel et sur la défense d'un Service public.

* Vaugneray : Unité expérimentale donc voir si pérennité des financements, du personnel mais il y a beaucoup de temps partiels. Question de réfléchir sur le lieu de vie qu'est l'EHPAD donc il doit y avoir un suivi psychiatrique à l'EHPAD qui est un lieu de vie et non d'hospitalisation !

* Françoise et Marc : lieu de vie avec adresse donc doivent être PEC par le secteur.

* : Sur les médecins : Arrêter la T2A

* Martine : sur la question du manque de psychiatres, des médecins étrangers qui ont une mauvaise formation, pas de possibilité d'action.

* Pascal : on a rencontré le directeur de l'ARS AR-Alpes, problématique du financement du médico-social modifié en 2018 : question d'une T2A dans le médico-social : on a contesté cette expérimentation (IDE de nuit), pas de financement, T2A négative dans le médico-social, lieu de vie donc veulent modifier le système.

* Marc : Corps médical fait partie du personnel et on a des avancées quand même, des ASH au médecin on est personnel hospitalier, c'est ça l'hôpital. Objectif : Grand Service Public, donc choix à faire (privé lucratif).

APRES-MIDI

Pascal Dupas (Coordonateur régional Santé) : Présentation d'un diaporama sur l'organisation des Centres de Santé. Un rassemblement travaille au niveau régional sur la question du vieillissement de

la personne âgée psychiatrique. Le vieillissement conduit à la perte d'autonomie, ce n'est pas une maladie mais c'est lié à la santé : question du bien vivre, du bien-être pour les personnes âgées qui ont un trouble psychiatrique soit comme antécédent ou comme symptôme apparaissant lors du vieillissement. Ces personnes sont en HP, EHPAD et à domicile de plus en plus. Question du lieu de vie. Le projet de l'ARS pour la psychiatrie est le tout ambulatoire donc il y a augmentation des patients à domicile. Postulat de la CGT : ça doit être abordé dans notre système de santé, il doit y avoir cohérence dans le parcours de soin où l'évolution n'est pas linéaire (Hospitalisation, domicile, HP). Notre système de santé doit prendre en charge l'individu avec des solutions adaptées au moment où on en a besoin. Question des dispositifs sectorisés saucissonnés. Pour l'Aide à Domicile, la proposition de la CGT : construire ensemble le modèle que l'on souhaite, le groupe confédéral travaille pour la prise en compte par la Confédération de notre travail. Ambitieux selon les salariés : il faut sortir du carcan « il n'y a pas d'argent », car coût du capital, la santé doit être hors marché mais c'est à contre courant ! Les aides à domicile sont seules devant les personnes âgées ou handicapées. Elles sont sans qualification face à des personnes âgées qui ont des troubles psychiques ou des personnes âgées qui ont à charge des enfants âgés avec troubles psychiques. Idée que dans l'Aide à Domicile ça ne peut plus fonctionner comme cela : les Aides à Domiciles doivent être formées et qualifiées pour intervenir car elle ne sont pas dans notre système de santé. Donc l'Aide à Domicile doit faire partie d'un Grand Service Public de Santé car il y a la question des missions de soin ou du social et pas que des tâches. Equipes pluridisciplinaires avec l'EHPAD comme lieu de rattachement. Centres de Santé et en 3ème lieu Etablissement de psychiatrie, équipe de Soins à Domicile (composition de l'équipe : chef de Sce, professionnels du soin, professionnels de l'accompagnement social, psychologue). Nature : soins et relations d'accompagnement social (AMP, Auxiliaires de vie). Idée : chaque équipe rattachée aurait un nombre déterminé de personnes, 2, 3 le matin pour être en doublon pour que le travail puisse se faire. Réunions d'équipe. C'est les professionnels qui évaluent en équipes pluridisciplinaires, déterminent. Proposition d'Analyse de la Pratique. Propositions Centre de Santé : EHPAD, hospitalisation psychiatrique, réunion de famille, aide aux aidants. Et enfin financement : 100 % par la Sécurité sociale comme 5ème risque donc augmentation des cotisations sociales plutôt qu'une baisse d'impôts, abaisser le reste à charge des familles. Grand Service Public de Santé et d'Action Sociale. Dimension du Territoire.

* Françoise : Pourquoi différents niveaux territoriaux ?

* Jean-Claude : Travail intéressant notamment la place donnée aux Centres de Santé. Crise, manque de proximité pour PEC, déserts médicaux. Une des solutions envisagées c'est le Centre de Santé car déplacement du positionnement du médecin dans les phénomènes sociaux. Dans le Centre de Santé le personnel est salarié donc il n'y a pas de relation d'argent avec les patients à la différence du libéral. De plus en plus de médecins demandent à être salariés et non libéraux. Le Centre de Santé répond à de vraies questions et élargit son domaine de compétence. Il y a une mission de soin mais aussi de coordination qui répond à la demande sur un parcours de soin sorti de l'idéologie libérale, c'est un outil de PEC du patient dans sa globalité. Les liens avec l'Hôpital Général adossé au Centre de Santé c'est intéressant.

* Françoise : Expérience Lyon 3ème : CMP de psychiatrie adulte dans un dispensaire avec tiers payant, service d'aides ménagères, de Soins à Domicile, regroupe donc personnel qui ne connaît plus les personnes. Eviter les regroupements mais être en autonomie, rester en lien avec les hôpitaux

* : L'hospitalisation de la personne âgée est complexe : neuro/psychiatrie : PEC par qui ? Hospitalisations bien délétères, réorientation compliquée. Question de l'aide à domicile, pas beaucoup d'argent pour PEC, reste fragile. Famille d'accueil, maintien à domicile permet de grouper, résidences intergénérationnelles sont des solutions. Compliqué car Sce Hospitalier peu formé à la gériatrie on n'a pas bcp l'occasion de mettre en place des Services à domicile (turn-over, manque de repères fragilisent les patients).

* Marc : Le tissu sanitaire est déjà là : hôpitaux locaux, centre de santé dans hôpitaux locaux. Sectorisation, fusion CMP. Réclamer le développement de ce maillage (restructurations, GHT...) Moyens humains, Centre de Santé accolés à ce qui existe, la sectorisation (prévention hospitalisation possible). Les CMP peuvent s'installer n'importe où mais personne n'en veut dans son établissement, son immeuble ou à la campagne. Il y a résistance de maires de gauche ou de droite. Non pas repartir de zéro car déjà existant à améliorer. Dans la Loire il y a eu fermeture de l'hôpital de Feurs, de Montbrison. A Bron fermeture Hôpital Desgenettes (urgences...). On repart des CHU, CHR car fermetures des CHG et hôpitaux locaux et pourtant c'est la proximité dont on a besoin. Revenons à des choses simples.

* Pascal : Proposition faite le 7/01 : Grand Service Public santé, social et de la personne âgée où les médecins seraient salariés. Equipes d'Aide à Domicile à chaque territoire (5 territoires en ARA avant il y en avait 12) dans chaque département avec des hôpitaux de proximité (GHT dimension territoriale) même si on réaffirme cela ces choses-là existent. 2ème enjeu : la part du privé y compris à l'hôpital. Le Centre de Santé c'est pas pour prendre la main de l'Hôpital mais pour coordonner la PEC. Il y a un travail de coordination des Centres de Santé.

* Jean-Claude : Ne pas perdre de vue la réalité de l'existant, ne répond plus aux besoins de la population. Certains principes ont existé des années 70 à 90 mais aujourd'hui il y a crise : vieillissement de la population, chronicité, destruction de la médecine du travail, scolaire.. Cela joue sur les missions élargies des Centres de Santé qui donnent des réponses aux questions d'aujourd'hui, missions forcément hors marché à différencier des maisons de santé. Nécessité d'avoir les hospitalisations, hôpitaux psychiatriques, CMP. Définir les pourtours du territoire (secteurs psy).

* Carole : Idée meilleure que celle de Macron avec les Maison de Santé (regroupement de libéraux). Mais « Attention ! » à ce que ce projet là ne soit pas prétexte pour encore fermer des lits à l'hôpital. De plus le virage ambulatoire s'est montré être d'avantage un mirage ambulatoire. Il ne faut pas idéaliser le domicile car tous les cas ne s'y prêtent pas forcément (question de l'habitat, de l'entourage, épuisement des « aidants »...). Question de quelle société voulons-nous et aussi du désengagement des institutions et de la collectivité par rapport à la maladie et au vieillissement qui renvoie à la sphère privée du chacun pour soi ce qui est encore plus compliqué en période de crise, de chômage de masse.

* Mathieu : Question du contexte économique. Le Centre de Santé c'est le CMP pour la psychiatrie qui est un coordinateur en psychiatrie

* : Parcours de soin, loi de modernisation du système de santé, les AS de secteur, territoire sont très isolé, patients dans le déni de leur troubles, pas tout spécialiser pas que psychiatrique. Travail sur les secteurs.

* Françoise : personne longtemps en psychiatrie dès ouverture hôpital psy, aides-ménagères, auxiliaires de vie. Morcellement des services, différentes associations plus ou moins chères, exploitation des auxiliaires de vie. Question de l'organisation du service et non du salarié.

* : Problèmes organisationnels : les soins relationnels sont du travail.

* : question : les EHPAD auraient du personnel attiré pour partir à domicile ? Ou contre son gré ce qui mettrait en danger le personnel des EHPAD et favoriserait le turn-over.

* Michel : Notre système est à bout de souffle, c'est une réalité. Moins consommer dans le public. La CGT défend le droit des travailleurs, le bien collectif en commun coûte moins cher (Sécurité sociale), ils veulent privatiser pour faire du profit. Le constat à Sainte-Egrève : moins 78 lits : l'avenir de la

psychiatrie c'est dans la rue ! Propositions : la première pour la protection sociale car l'autonomie ça doit être PEC par la Sécurité sociale. Si c'est une maladie c'est la Sécu ! Prise en compte des maladies professionnelles. Problème du mot « maladie », en psychiatrie on peut la stabiliser pour être autonome. Les EHPAD permettent de donner une adresse pour la sectorisation. La sectorisation c'est le premier travail en réseau. On parle de territoires à taille humaine et non leurs territoires imposés. Une chose importante c'est la dignité.

* Anne : comment on fait ? Pour l'hospitalisation en psychiatrie, la personne qui s'en va n'est pas non plus à l'abandon car VAD dans l'EHPAD, pour faire connaître les rituels, les crises d'angoisse...

* Martine : Qu'est-ce-qu'on fait dans EHPAD avec patients psychiatriques ? Avec le virage ambulatoire on ferme des lits, on vire des gens. Exiger vraiment qu'il y ait du personnel affecté, pour le personnel des EHPAD réclamer des formations et des moyens. Que la psychiatrie soit impliquée : IDE, médecins qui interviennent en équipes sur les EHPAD, analyse de la pratique, traitement, réponses régulières, sur les conditions d'admission. On oublie leurs spécificités. Pour reprendre ce virage ambulatoire : exiger des postes en médico-social (ex : Etablissements éducatifs en accord avec la psychiatrie : IDE (ETP) pour répondre aux aspects psychopathologiques en EHPAD pour faciliter l'évaluation, le lien pour l'hospitalisation. Les établissements demandent un travail continu avec la psychiatrie. Ne pas les reprendre juste de temps en temps sans suivi, idem dans les Maisons de Retraite. Ne pas perdre des postes.

* Jean-Claude : Ce qu'ils ne veulent pas c'est d'un service public hors marché capitaliste et une PEC par assurance hors marché. Idée qu'aujourd'hui les luttes sociales sont uniquement défensives contre « patrons » « ARS » alors qu'il faudrait les placer dans un aspect offensif dans le cadre d'un projet social. En défense sociale on alimente la fatalité donc il faut redonner une dimension offensive mobilisatrice.

* : Cela détermine la réponse de Santé. Fiches revendicatives pour Assises de la Santé. Quelles réponses aux personnels ? Pour les patients : enquête auprès de la population sur la vieillesse, associations de patients.

* Daniel : On ne parle pas de la déqualification sociale. Quels outils contre cette déqualification (perte de travail, être à la rue...) question de la formation de ces gens, compétences.

* Pascal : Ce n'est pas mon schéma mais construit contre les Lois Santé, GHT, en face de l'ARS. Notre système de santé complexe est l'un des meilleur du monde mais est en déconstruction. Mettre les revendications des salariés et des personnes. Ce système n'est pas pour développer l'ambulatoire , les EHPAD sont des lieux de vie, lieux vivants. Etre chez soi mais seul n'est pas la bonne solution. Besoin de redéfinir la maladie mentale, psychique et les choses qui ont évolué (« les hors jeu » social, addictions...) : il faut le définir avec associations de famille. Par ex . Plaquette pour les travailleurs sociaux : c'est aux professionnels de le redéfinir. Périmètre des Territoires de Santé sur les bassins de vie. Ex. Isère avec hôpitaux de proximité, CHU, CH Sainte-Egrève : les Centres de Santé pourraient être accolés et renforcés et les CMP intégrés aux Centres d'Accueil Social. Echelle humaine autour. Objectif de décloisonner, sont en train de démolir (revendications). Question de la qualification/formation : dans tous les établissements chaque personnel doit être qualifié (formation initiale ou pas). Question du nombre suffisant de personnel : ratio de 1 pour 1 dans les EHPAD, plan solidarité grand âge. Arrêt du financement tripartite (Sécu, APA, reste à charge) : la Sécurité sociale doit prendre à 100 % (arrêt APA et reste à charge). Sauver la Sécu avec des prérogatives nouvelles : la Sécu doit prendre en compte dans le placement d'un enfant ses « troubles du comportement » avec un financement unique. Question des équipes pluridisciplinaires avec des réunions d'équipe. Question de savoir si la mise en place de l'équipe de Soins à Domicile engendrera du « turn-over » : non car cela sera une équipe spécifique. Pas comme le personnel des services privés à but lucratif. Toute

l'Aide à Domicile doit intégrer le Service Public de Santé. Mais il y a des choses intéressantes à partager, à proposer et à développer.

* Marc : Par rapport à cette journée je retiens ce que la copine de Sainte Egrève a formalisé : chaque patient doit être PEC selon son adresse postale donc selon la sectorisation comme à domicile et en EHPAD. Entretiens d'équipes. Patients sortants sont suivis pour éviter les failles dans le suivi des patients où qu'ils aillent. Maintenir les lits de gérontopsychiatrie (ex : à Vinatier n'a pas fermé) mais aussi ouverture d'autres services car impossibilité de reprendre les patients si retour. Lien entre les difficultés des EHPAD et les suivis soignants des patients en crise. C'est ce sur quoi on doit baser notre bataille. VAD organisées par CMP (mais de moins en moins vrai) et VAD en EHPAD à renforcer.

* : Mais les réunions multiprofessionnels aujourd'hui même dans les CMP ça n'existe plus ! Question de la maladie psychique chronique qui peut être stabilisée, suivi des plus de 65 ans : l'IDE référent va en EHPAD en VAD pour les patients et pour les équipes aussi. Question du CMP de gérontopsychiatrie et des patients qui n'ont pas eu de PEC psychiatrique avant. Baisse des réunions cliniques.

* : Question d'avoir le droit de penser collectivement car on n'écoute pas, on ne lit pas et ça ne se transforme pas en pensée collective.

* Pascal : C'est une revendication : il y a les conditions de travail mais aussi l'exercice de nos métiers où c'est le collectif qui trouve la solution.

* : Question du manque de secrétaires : on nous demande de faire du secrétariat mais l'équipe a écrit un texte pour refuser : 9 IDE de l'équipe l'on signé.

* Marc : Faire une fiche pour les Etats Généraux de la Fédération en Janvier. Faire document de travail avec les différentes prises de notes et les différentes visions.

Michel Soulié de Ste-Egrève fait une synthèse : 4 chapitres : 1 : sur psychiatrie et vieillissement (patho ancienne ou récente). 2 : sur volonté du tout ambulatoire, libéral, du tout marché. 3 : conséquences et conseils (violence, disqualification, formation, sortie, contention...). 4 : sur nos revendications : si « maladie » c'est la Sécurité sociale, sectorisation et suivis sur le secteur, sur le problème du numéris clausus, 100 % Sécu de la naissance à la mort.

COMPTE-RENDU DE LA JOURNEE SUR

« LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES MALADES PSYCHIQUES »

LE 12/12/2017 AU CHS DE ST EGREVE

Venus de différents établissements relevant ou non de la psychiatrie, (CHS, CHU, CH, EHPAD, FAM, ...), près d'une trentaine d'hospitaliers, aides soignant-e-s, infirmier-e-s, cadres de santé, sociologue du travail et juriste, tous et toutes militant-e-s de la CGT ; ont débattu de leurs conditions de travail à travers différents témoignages, et de leurs revendications et perspectives d'avenir après une rapide présentation du CHS de St Egrève et de son syndicat CGT.

Comme annoncé dès l'ouverture de la journée, l'objectif affiché n'était pas de « pleurnicher » ou de faire un énième constat de la dégradation des conditions de prise en charge des patients conjuguée à la dégradation des conditions de travail des agents à travers l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes développant des troubles psychiatriques plus ou moins développés et « stabilisés » concomitamment la baisse parallèle des moyens en personnel notamment pour faire face à cette situation.

A travers ces témoignages et ces débats, une tendance de fond semble se dessiner, à savoir un transfert de plus en plus massif de personnes âgées ayant un lourd « passif » psychiatrique du secteur de la psychiatrie vers les EHPAD (de St Egrève au Perron, du Vinatier au CH d'Albigny...), avec pour conséquence une dégradation de la situation en cascade et ce à plusieurs niveaux.

Avec l'arrivée de patients dans un état psychique de plus en plus dégradé arrivant d'horizons divers (domicile, USLD, SSR, MCO, mais aussi et de plus en plus de la psychiatrie), la conséquence immédiate est une augmentation des agressions physiques et verbales des patients les plus « lourds » envers le personnel, et des patients entre eux.

Problème posé, du fait d'une carence de personnel soignant dédié à la prise en charge de ces patients les plus lourds (psychiatres notamment), on aboutit à une situation de « non prise en charge » de ces patients ou du moins une prise en charge moins médicalisée qui se traduit par une thérapie non médicamenteuse à une thérapie « occupationnelle » qui faute de remplir la fonction de thérapie (faussement) « alternative », s'avère être aussi efficace qu'un cautère sur une jambe de bois !

De cette situation découle de la « maltraitance institutionnelle » à laquelle les agents sont confrontés bien malgré eux, faute de disposer de moyens tant en termes de formation, que de personnel en nombre suffisant et surtout qualifié pour faire face à ces populations vieillissantes atteintes de « pluri-pathologies » (démence, angoisses, dépresses, tendances suicidaires...).

Le tout sur fond de restriction budgétaire généralisée et de politique « austéritaire », dont le PLFSS n'est que le dernier avatar et à la logique qui veut qu'à l'instar de la fameuse formule de « la socialisation des pertes et de la socialisation des profits », la tendance générale est à la gestion des cas les plus lourds au secteur public, et à la gestion des cas les plus « rentables » au secteur privé...

Face à cet état de fait, les agents se retrouvent finalement confrontés à des Directions de plus en plus intransigeantes et autoritaires, obligées qu'elles sont selon leurs dires de « faire avec » une situation dégradée, sentiment hélas souvent partagé par les agents ne voyant pas d'autre issue que de « faire avec », sauf à renforcer cette situation de maltraitance institutionnelle...

Et la boucle de l'aliénation, voire de l'auto-exploitation - au nom de la « bienveillance » et de la « bienveillance » due envers les patients - est bouclée : faire toujours plus avec moins, quitte à sacrifier les conditions de travail et la qualité des soins !

Pour enrayer ce cercle vicieux, la question du « Que faire ? » et du « Comment faire ? » a été posée à travers plusieurs interventions, pistes de réflexions, repères revendicatifs et perspectives d'action. Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut retenir parmi les nombreuses interventions :

- Se placer résolument dans la perspective d'un Service Public de santé digne de ce nom permettant la prise en charge des patients de la naissance à la mort grâce à une Sécurité sociale ayant les moyens de sa mission (création d'un 5ème risque pour l'assurance maladie).
- Ce grand Service Public de Santé suppose une réorganisation complète du système de santé actuel avec les Centres de santé (à ne pas confondre avec les Maisons de santé permettant l'installation de médecins libéraux pour l'essentiel) au centre de ce système intégrant tous les maillons de la chaîne de soins dans l'idée d'établir un véritable parcours de soin.
- De même, ce grand Service Public de Santé, s'il a une dimension nationale évidente, est également à décliner au niveau régional, départemental, voire cantonal pour répondre au besoin de proximité et éviter les déserts médicaux, contre la logique de concentration (GHT, Communautés hospitalières...).
- Dans cette perspective, il faut remettre en cause le projet de l'ARS pour la psychiatrie dont l'objectif est de développer l'ambulatoire, d'introduire la T2A dans le secteur médico-social (projet SERAPHIN PH par exemple), avec comme résultat un manque de moyens en personnel notamment, une pression constante pour faire sortir rapidement les personnes hospitalisées, sans parler de la logique de fermeture de lits voire d'unités entières !
- Questionner le rôle et la responsabilité des médecins (notamment médecins psychiatres) dans le traitement des malades, et de leur suivi :
 - Dans cet ordre d'idée, questionner la dérive de la place et du rôle du médecin psychiatre auprès des patients : problème du médecin psychiatre beaucoup moins présent, voire quasiment absent lorsque ces patients se retrouvent hors institution psychiatrique, de moins en moins formé à son métier et de plus en plus amené à opérer un diagnostic « comportemental » plutôt que psychiatrique ;
 - De même, réfléchir à la prise en charge des malades au sein d'équipes pluridisciplinaires, permettant une prise en compte l'avis de tous les professionnels de santé, y compris les ASH, IDE, psychologues, personnels d'accompagnement... qui ne doivent plus être considérés comme de simples « exécutants » face aux médecins « hommes orchestres ».
- Problème posé du manque criant de formation des personnels de santé sur les questions gériatriques et psychiatriques.
- Ne pas perdre de vue que les EHPAD sont également des lieux de vie, quelquefois sur plusieurs années pour certains patients.
- Supprimer le numerus clausus et l'ordre des médecins.
- Nécessité d'être bien formés pour mieux remplir son mandat d'élu et d'être mieux « armé » face aux Directions.
- Ne pas négliger le rôle des IRP et notamment du CHSCT, qui peut se révéler être un bon outil pour lutter contre la dégradation des conditions de travail à travers les enquêtes, expertises...
- Partir des besoins des patients et de l'expression des salariés pour établir le cahier revendicatif.

THÉMATIQUE 4

RESITUER LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE DANS UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

CH Vienne
mardi 16 janvier 2018





JOURNÉE DU 16 JANVIER 2018

salle des fêtes

place Miremont à VIENNE

RESITUER LA PLACE DE LA PSY DANS UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

Quel Service Public pour répondre aux besoins des populations ? Avec quel financement ?

PROGRAMME DE LA JOURNÉE

8h30 Accueil

9h30 Début des travaux Françoise (Vinatier), *présidente de séance*

9h35 présentation du CH Maryline (Vienne)

9h40 présentation du syndicat Samy (Vienne)

9h45 ouverture de la journée Marc (Vinatier), *Commission Régionale Psy*

9h50 intervention **Luc CADILLON** (Président CPAM Dordogne)

10h15 débat *débatteurs :*
Caroline (CAF Isère) et **Aline** (Saint-Égrève)

12h30 Buffet

14h Reprise des travaux Michel (Saint-Égrève), *Commission Régionale Psy*

14h05 intervention **Patrick HEIDMANN** (collectif national Protection Sociale)

14h30 débat *débatteurs :*
Caroline (CAF Isère) et **Aline** (Saint-Égrève)

16h20 Conclusion Françoise (Vinatier), *présidente de séance*

16h30 Fin des travaux

RESITUER LA PLACE DE LA PSY DANS UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

Synthèse thématique n°4

Collectif Ψ cgt Rhône-Alpes

Vienne mardi 16 janvier 2017

Quel Service Public pour répondre aux besoins des populations ?

LES LÉSIONS LIBÉRALES DE NOTRE SÉCURITÉ SOCIALE

Depuis sa création, nos gouvernants ont désorganisé, démantelé et mis en déficit la Sécurité Sociale par les exonérations (exonération totale pour les salaires au SMIC, 0,5% de cotisation maladie jusqu'à 1,6 SMIC, l'État ne rembourse que 90% des exonérations de charge). Nous constatons :

- L'appauvrissement des cotisants, de nombreux renoncements aux soins, de fortes iniquités d'accès, un coût des complémentaires jusqu'à 8% des revenus.
- 5% des français sont sans complémentaires.
- Le coût des traitements est démesuré, exponentiel.
- Les financiers privés qui s'enrichissent des emprunts publics.
- Les assurés sont pré-désignés comme fraudeurs avec des contrôles a posteriori.
- Les cotisants sont dépossédés de la Sécurité Sociale.
- L'utilisation de la sémantique ouvrière pour mieux les tromper.
- Les inacceptables dépassements d'honoraires.
- Les cotisations patronales ne représentant plus que 0,5% du financement de la Sécurité Sociale !
- La règle de déficit public maximal de 3% du Produit Intérieur Brut intègre la Sécurité Sociale (traité de Lisbonne de 2007).
- L'indigne promotion du système concurrentiel (privé), moins efficace et plus cher.

NOS BESOINS DE PROTECTION SOCIALE

Les frais de gestion des complémentaires et assurances, à eux seuls, absorberaient le passage à une Sécurité Sociale à 100% ! Ceux de la Sécurité Sociale sont inférieurs à 3%.

La Sécurité Sociale est un bien commun, les assurés sociaux ne sont pas des clients.

Permettre de nouveau des emprunts publics sans intérêt par la Caisse des Dépôts et Consignations, rendus impossibles par le Traité de Maastricht (article 25) et le Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (article 123).

Le financement, par le salaire socialisé, et la gestion démocratique doivent être adaptés à une protection sociale solidaire de haut niveau.

Mettre en œuvre ses principes fondateurs de la Sécurité Sociale : Solidarité, Unicité, Universalité et gestion par les représentants des assurés élus.

UNE PSYCHIATRIE À LA HAUTEUR

La Psychiatrie n'est pas la santé mentale.

Son socle est le secteur, au cœur des bassins de vie de la population.

Un logement ne peut être suffisant : cela conduit à la misère et à la solitude.

Elle nécessite des métiers et diplômes adaptés.

Son financement est toujours en dotation.

L'inclusion des Hôpitaux Psychiatriques Départementaux dans les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) n'a pour but que la standardisation du financement de l'Hôpital.

AXES REVENDICATIFS

- ▶ Aucun malade psychique ne doit être abandonné : tous doivent être couverts à 100% par la Sécurité Sociale.
- ▶ Gagner la réappropriation idéologique de la Sécurité Sociale : revenir aux fondements de 1945 et du Conseil National de la Résistance (CNR), nous cotisons donc elle nous appartient, un indu n'est pas une fraude.
- ▶ Développer des solutions en dehors du marché capitaliste : repartir des besoins, des missions de Services Publics par une Sécurité Sociale gérée paritairement, une meilleure répartition des richesses.
Retour à un réel salaire socialisé assis sur une cotisation salariale et patronale (suppression de la Contribution Sociale Généralisée, arrêt des exonérations patronales et cotisations à hauteur des besoins de financement).
- ▶ Lutter contre la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et des Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT) et leur mission phagocytaire.
- ▶ L'exemple du régime maladie d'Alsace-Moselle nous démontre qu'une meilleure prise en charge sans surconsommation est possible : modèle à généraliser en attendant une Sécurité Sociale à 100% ?
- ▶ Convaincre de la nécessité et obtenir la pluralité des prises en charge en psychiatrie (mode, types et lieux d'hospitalisation, thérapeutiques, ...).
- ▶ Obtenir tous des moyens (budgets, unités d'Hospitalisation Complètes, ...) et tous les professionnels formés nécessaires.

« Soigner les gens sans soigner l'hôpital, c'est de l'imposture. »

Jean Oury

POUR UNE PSYCHIATRIE À VISAGE HUMAIN, UTOPIE OU RÉALITÉ ?

En premier lieu il me semble utile de bien faire la différence entre santé mentale et psychiatrie.

Depuis des décennies on a peu à peu occulté le terme de psychiatrie en lui substituant celui de santé mentale ; Mais ces deux termes ne sont pas des synonymes, la santé mentale est utilisée pour évoquer un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté (**définition de l' OMS**).

Il est donc important de parler de La psychiatrie, spécialité médicale traitant de la maladie mentale sans pour autant se départir du respect dû aux être humains qui sont porteurs de pathologies mentales.

En ces temps de confusions entretenue, **il n'est pas inutile** de revenir à notre histoire, à nos histoires, si particulières qui firent de la psychiatrie à la Française un modèle de construction empirique qui après guerre a posé les jalons d'une prise en charge de la pathologie mentale dans la société...

Psychiatrie à la Française qui a aussi un peu commencé en Catalogne avant et pendant la guerre civile en Espagne quand François TOSQUELLES repensait les modèles de prises en charge du côté de Barcelone, avant de les partager avec Paul BALVET qui l'accueillera à Saint-Alban en 40 après la chute de la République Espagnole et l'arrivée du franquisme. Puis se furent les maquis...

Avec BONNAFÉ, OURY, LE GUILLANT, ils créeront ce que l'on appelle la psychothérapie institutionnelle et la politique de sectorisation.

Ceux qui aujourd'hui assimilent la psychiatrie à l'enfermement, oublient que ce groupe de psychiatres courageux ont été appelés **désaliénistes** et ont tout fait pour que l'on n'oublie pas les 40 000 malades morts de faim, de froid dans les HP pendant l'occupation. Ce sont eux qui ont abattu les murs et créé la politique de secteur.

Si l'acte de naissance de la sectorisation psychiatrique est la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, déjà en 36 lors de la création des dispensaires, HAZEMAN parlait d'y faire venir des psychiatres, idée reprise par BONNAFÉ à la libération.

C'est de ce temps que datent les structures intermédiaires, la continuité des soins en permettant le maintien des personnes hors des murs, constituant une rupture totale avec l'asile.

Connaître son histoire pour se la réapproprier.

Depuis quelques décennies la psychiatrie n'est évoquée que dans contextes négatifs, d'enfermement, ségrégatif, privatif de liberté, sécuritaires, ceci par opposition avec la santé mentale qui elle serait source de liberté, de respect de socialisation.

Ces discours tenus et entretenus par les politiques ont permis d'élaborer des politiques visant à réduire les coûts à travers la fermeture de lits de services, d'hôpitaux, sans pour autant avoir à développer une politique de sectorisation qui réponde aux besoins des populations dans les territoires.

L'utilisation, le détournement des mots (maux) va servir de fil conducteur à toute une désorganisation qui s'est notamment développée à partir du plan « Juppé »(96).

Fini la psychiatrie, vive la santé mentale, l'inclusion, en postulant que les institutions spécialisées seraient radicalement et définitivement mauvaises.

Seules à leurs yeux les thérapies cognitivo-comportementalistes semblent avoir droit de cité.

La création des ARH (96), la mission Massé (93) la création des ARS (2010), ont organisé à marche forcée la fermeture des lits, la désorganisation des secteurs au profit des pôles.

La gestion financière des hôpitaux psy est encadrée, surveillée, mise sous tutelle des ARS.

Ces politiques ont ainsi préparé le grand saut, le passage du concept de malade à celui d'handicapé, la loi du 2 janvier 2002, créant les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), puis celle du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » vont permettre d'instaurer le concept de handicap psychique à côté du handicap mental.

Alors que ce terme de handicap correspond à une conséquence (limitation ou restriction d'activité du fait d'une déficience ou altération d'un organe, d'une fonction).

Ici ce n'est pas la conséquence mais la cause qui est classée en ce terme d'handicap psychique ou mental.

Outre le fait qu'elle fige en l'état la personne en lui octroyant un statut social, elle permet aussi de le sortir du fait médical.

Cette notion d'handicap psychique résulte de la théorie qui veut que la crise passée le patient se transforme en une personne handicapée, puisque est décrété une stabilisation de son état.

Or la stabilisation en psychiatrie ne se décrète pas, ni médicalement, ni administrativement. L'état de crise peut ressurgir à tout moment, notamment faute de suivi.

Mais cela aura permis de vider les hôpitaux de patients dits chroniques, puis de les transférer dans le secteur médico-social.

Pour cela seront créés de nouvelles structures mieux adaptés à ces personnes, d'abord sous l'appellation « Foyer à Double Tarification » (FDT) puis « Foyer d'Accueil Médicalisé » (FAM) qui auront pour vocation la prise en charge des personnes porteuses de troubles psychiatriques récurrents, parfois lourds, certains avec peu d'expérience ce qui déstabilisera les équipes et les résidents.

Notons au passage que les FDT puis les FAM, sont financés par les ARS pour la partie soin et par les Conseil Généraux (puis départementaux) pour la partie hébergement, avec au final un prix de journée qui sera de moitié celui d'une hospitalisation en hôpital public.

Ceci va réduire considérablement la facture pour les ARS (aux alentours de 75%) dont une des fonctions est d'organiser la diminution des budgets hospitaliers, ce qui a pour conséquence d'augmenter la participation des Conseil Généraux.

Notons au passage que beaucoup de FAM essaient d'assurer des PEC de qualité, avec humanité, pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves malgré le manque de psychiatres, de psychologues d'infirmiers.

En effet pour réduire les dépenses de la Sécu, il n'est pas question pour les gouvernements d'aborder le problème du financement des dépenses d'assurance maladie. Les budgets hospitaliers seront la variable d'ajustement face à une politique de soins de ville toujours exponentielle (je rappelle au passage que la dernière convention médicale passée entre les médecins libéraux et l'assurance maladie coûte 1,5 milliard d'€).

Passer de l'hôpital au Médico-Social permet aussi de se passer d'une politique de secteur adaptée à ces personnes.

L'handicapé psychique est alors sorti de la file active des patients psy pour se retrouver avec le statut de personne handicapée, vivant d'un AAH et trouvant dans les GEM un peu de lien social.

La multiplication des GEM, qui au départ est d'une bonne intention puisqu'il permet de garder un lien social dans la cité en organisant des activités culturelles sociales etc., sans pour autant être lieu de soins.

Les financements ARS ne permettent seulement de financer que deux postes d'animateurs et la location d'un local.

Pour qu'il y ait complémentarité entre psychiatrie et santé mentale, il serait nécessaire de voir l'Homme dans tout son environnement, social, sociétal, au travail et d'envisager tous les axes de prévention possibles en ces domaines et particulièrement au travail. Ce qui n'est pas à ce jour, sinon dans quelques expériences locales.

Cette société libérale a pour le moins deux bonnes raisons à rejeter une politique de secteur qui pourrait intervenir en milieu « ordinaire » : raison économique et raison idéologique.

Les politiques de secteur définies dans les années 60 n'ont pas pu aller au bout de leurs cheminements faute de vouloir et de moyens.

La référence unique pour le pouvoir est le système de pensée anglo-saxon tournant le dos à une conception ouverte (mais aussi empirique) du traitement des maladies mentales apparue après guerre. Mieux vaut pour eux utiliser le DSM V.

L'idée initiale du secteur était bien de tout faire pour ne pas isoler l'Homme, le citoyen de la cité, d'éviter le plus possible l'hospitalisation et quand elle s'avérait nécessaire de continuer dès la sortie les soins en milieu ordinaire.

Les prémices de telle politique remontent en 36 pendant le Front Populaire et l'émergence des dispensaires comme je l'ai évoqué tout à l'heure, ce qui nous permet de noter que ces avancées émancipatrices, le sont lorsque le pouvoir politique organise des politiques économiques et sociales qui répondent aux besoins des citoyens en partageant les richesses créées, sous les poussées sociales.

Répondre aux besoins des Personnes atteintes de problèmes psychiatriques, quel que soit l'âge d'apparition (enfants, ados, adultes, personnes âgées) mériterait une approche pluridisciplinaire qui tienne aussi compte de notre histoire (de nos histoires) dans un cadre émancipateur.

L'hospitalisation parfois nécessaire ne peut avoir de sens que si elle est un cheminement vers une sortie socialisante tout en conservant lors de la prise en charge hospitalière des thérapies tournée vers le socialisant (cf. tout le travail fait par la psychothérapie institutionnelles).

Le regard porté aujourd'hui sur la maladie mentale doit être inversé pour revenir à une donnée fondamentale :

Il s'agit avant tout d'un être humain à soigner, aider, accompagner et non de traiter que le seul symptôme, celui qui isole de l'autre, de la société (temporairement ou pour une durée plus longue).

Comprendre le symptôme, son origine, ses origines, sa signification est certes plus difficile et complexe, mais la contrepartie en sera une prise en charge plus étayée, plus solide.

Le rapport « LAFORCADE » remis à la ministre de la santé en octobre 2016 tourne le dos à cette exigence.

Il n'est pas anodin que dans la lettre de mission, commandant ce rapport au directeur d'une ARS, la ministre d'alors demande à associer étroitement à cette démarche : le pst de la conférence nationale des CME et les deux associations nationales de représentants d'usagers (UNAFAM et FNAPSY). Sans vouloir renier l'apport qu'ont pu avoir ces associations dans les débats sur la psy, les médecins psychiatres, les professionnels intervenant dans ces domaines (intra et extra hospitalier) se sentiront mis à l'écart, seule la CFDT a été entendue !

Le contenu : dans ce rapport ,

La santé mentale et la psychiatrie y sont décrites comme des enjeux majeurs, touchant 20% des populations, arrivant au troisième rang des pathologies (en termes de coût) derrière des cancers et les cardiopathies.

Il y est noté que les progrès les plus significatifs venaient d'autres professionnels de la psychiatrie, des secteurs sociaux et médico-sociaux, de politiques engagés, de grandes figures de l'administration et, très souvent, des membres de notre société les plus solidaires et les plus sensibles aux misères humaines, à commencer par les associations d'usagers et de familles d'usagers.

On perçoit bien cette idée de dévaloriser le travail des psychiatres, de la psychiatrie en général pour ensuite proposer des solutions à moindre coût.

La répartition des psychiatres sur le territoire est fortement déséquilibrée avec 82 % des cabinets localisés dans des unités urbaines de 50 000 habitants ou plus (qui regroupent 53,9 % de la population nationale) et une forte inégalité entre les régions avec une offre plus abondante dans les régions du sud et en Île-de-France.

La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé est prise en charge en ambulatoire. Les prises en charge à temps partiel et à temps complet reposent essentiellement sur les 57 469 lits d'hospitalisation à temps complet, les 27 603 places d'accueil en hôpital de jour et les 1 929 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Ce rapport note une augmentation de troubles mentaux graves dans les instituts

thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) comme dans les maisons d'enfants à caractère social (MECS), qui compliquent les accompagnements dans ces établissements, faute de prise en charge adaptée par la psychiatrie infanto-juvénile (insuffisance de places en hospitalisation plein temps ou en accueil de jour). Ces établissements se trouvent dans l'obligation de gérer des cas complexes qui nécessiteraient des prises en charge multi-partenariales et une bonne information des acteurs sur les réponses territoriales existantes mais pas forcément connues.

Le rapport propose donc d'offrir un « panier de services »

Comme si la pathologie mentale pouvait se résoudre en allant se servir dans un panier de service !

Ce n'est pas tant l'analyse des situations qui posent problème, mais les solutions mises en avant.

Si le rapport affirme qu'en ce qui concerne la PEC des pathologies, de la souffrance, des crises, des urgences, la réponse donnée est satisfaisante, il poursuit ainsi :

« concernant les pathologies chroniques, il s'agira de prendre soin, d'accompagner, d'éviter les ruptures de parcours ». On ne parle pas de soigner, mais de prendre soin, ce qui est tout autre chose.

Il y est aussi noté des difficultés d'accès aux soins, des hospitalisations inadéquates, un accompagnement médico-social défaillant, un accès aux soins somatiques compliqué, les PEC de crise aléatoires.

La continuité est évoquée en interrogeant quel modèle de soin, quel accompagnement social (quelle coordination entre eux) et d'un projet territorial de santé mentale avec un contrat du même nom.

On y évoque le problème du logement et du maintien dans le logement avec comme exemple les expérimentations « Un Chez Soi d'Abord » (UCSA), les exemples des USA au Canada. J'y reviendrai tout à l'heure.

Pour les parcours les plus compliqués : le rapport propose de désigner des référents sur le modèle de gestionnaires de cas complexes effectués par les

Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), ou par les centres ressources du handicap psychique, il poursuit : ***c'est un service au coût modéré avec des actions particulières pour les personnes âgées, les ados, dans les prisons, pour les précaires.***

Pour cloisonner le débat le rapport indique que *la culture de la preuve* doit l'emporter sur *la culture d'opinion* !

Donc pas de débat possible, comme s'il s'agissait de traiter la psychiatrie comme une science exacte !

Si ce rapport note le manque de financement en matière de recherche, il n'envisage pas pour autant de remédier à ce problème.

La recherche en psy : c'est 2% de la recherche médicale, 1% des dépenses en psychotropes, 0,3% des dépenses hospitalières, mais on propose que L'HAS puisse développer son investissement dans le domaine de la psy et santé mentale avec le centre de preuve en psy et santé mentale créée en 2013 à Versailles, pour aider à la décision publique, en soutien des acteurs ! Ce qui ne pourra pas compenser le déficit de recherche, clinique, en science sociale

On évoque une politique de secteur à rénover, mais en proposant des solutions à moindre frais et qui en sont bien éloignée !

Développer des structures intersectorielles ou dans un territoire de recours.
« Le malade devant pouvoir bénéficier d'une offre de prestation beaucoup plus homogène ». Là aussi la sémantique a toute son importance, parler de prestation a un tout autre sens que de parler offre de soin.

Les relations entre professionnels de la psychiatrie devront progresser, les activités de réhabilitation visent à apprendre aux personnes à gérer leur maladie sur le plan social. Traduction : apprendre à gérer son trouble psychique sans passer par la case soin ?

Le modèle du rétablissement connaît un essor considérable (sic), fondé sur l'idée que la personne malade peut récupérer de son pouvoir d'agir en s'appuyant sur ses compétences. Pour cela il est proposé de mobiliser les GEM, associations d'usagers, travailleurs sociaux. Oui, bien entendu, mais en complément du soin et non en remplacement, sinon cela ne peut qu'aboutir à un rétablissement... transitoire et fragile.

Mieux on peut lire dans ce rapport :

Lorsque la guérison n'est pas possible mieux vaut bien vivre sans être guéri qu'enfermé dans le soin en attendant une guérison qui ne viendra pas (sic). Cela va donc inciter à accepter les effets de la pathologie en agissant uniquement sur les symptômes les plus handicapants (pour l'entourage et la société ?)

Parler de réduire les hospitalisations est une bonne chose, mais ce ne sera pas avec des conseils territoriaux de santé mentale que l'on trouvera les moyens, en personnels et en matériels pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psy.

Proposer des soins aux personnes qui sont dans la rue, il s'agit « d'aller vers » de réinterroger le concept de libre adhésion dans son acception la plus idéologique nécessite là aussi des moyens conséquents et des équipes pluridisciplinaires axés autour d'une politique de secteur.

Les contraintes financières sont au cœur de ce rapport.

Il est y est dit clairement que l'immense majorité des propositions contenues dans ce rapport sont peu onéreuses ou peuvent être envisagées par redéploiement.

Citoyenneté, droits des usagers et déstigmatisation de maladie mentale.

Je cite le rapport :

Les campagnes nationales incitatives ou culpabilisantes semblent relativement inefficaces

Le soutien aux familles est un axe majeur des propositions tout comme l'aide par les pairs. Il sera proposé d'étendre les GEM, leurs résultats sont plébiscités et ils démontrent que des outils peu onéreux, mais très adaptés aux besoins peuvent avoir des effets remarquables.

Nous devons nous interroger sur la place des pairs dans un processus de soin, si l'on ne peut écarter la parole de l'autre y compris celui qui est receveur de soins en psychiatrie, de là, à le transformer en acteur de soin (ou rétablissement) cela paraît extrêmement dangereux.

Le projet UCSA

La question du logement et du maintien dans le logement serait la première clé

du succès ; depuis 2011 et dans 4 villes françaises, le programme « Un Chez Soi d'Abord » permet à des sans-abri souffrant de troubles psychiatriques et d'addictions d'accéder sans condition à un logement et de bénéficier d'un accompagnement global ; cette approche vient rompre avec celle, plus classique, même si elle n'a pas toujours fait ses preuves, du gradualisme, de l'insertion en escalier qui veut que l'utilisateur avance par étapes : structures d'urgence, CHRS, etc. ; si l'on en croit le rapport LAFORCADE, aux États-Unis, au Canada et plus récemment en France, les évaluations de l'expérience sont positives, y compris financièrement, lorsque l'on compare le coût du dispositif avec les dépenses de santé évitées :

il sera donc proposé de généraliser ce programme aux grandes villes et plus globalement de s'assurer que tout patient qui en a besoin bénéficie d'un accompagnement dans l'accès et le maintien dans le logement.

Or cela tend à nous faire croire que si chacun dispose d'un logement, les problèmes disparaissent. Donner une AAH et un logement pour chacun, est-ce la seule solution ?

Si l'état de crise peut être traité (à temps ?) quid du reste de la vie ?

Un logement : oui, mais avec un projet, socialisant, non réducteur à un minimum social. Cela veut aussi dire qu'il faut parler emploi, formation

Lire quelques lignes ou commentaires sur ces expériences, peut être réducteur. Si l'on peut penser que quelques uns y ont trouvé des solutions à leurs problèmes, je ne pense pas que l'on puisse traiter des conduites addictives, de la même manière que des personnes qui ont des activités délirantes.

Le fait de faire intervenir (en étant parfois salariés) des « pairs aidants » ne pourra que compliquer les choses, au-delà du simple témoignage.

La valeur de la parole est égale pour tout être humain, la connaissance elle est différente, entre un psychiatre, un soignant, un éducateur et une personne souffrant de problèmes psychiatrique, donner le même poids à chacun dans un processus de décision peut parfois s'avérer délicat. Certes son discours doit être écouté, entendu, mais de là à en faire une référence comme cela est proposé, nous paraît dangereux. Surtout quand l'on part de quelques expériences pour les généraliser à toutes les grandes agglomérations

Il en est de même pour les GEM qui doivent rester ce qu'ils sont, des associations permettant des activités sociales et culturelles, sans qu'intervienne un processus de soin. Or dans la pratique depuis quelques années, on a substitué les GEM à

des structures intermédiaires inexistantes ou défailtantes par manque de moyens (humains, matériels). Gérés sous un mode associatif, les GEM ne disposent que des maigres budgets qui leurs sont alloués par les ARS.

Hypocritement le rapport « LAFORCADE » fait référence à la circulaire de 60 sur le secteur le décrivant **comme le texte fondateur du secteur (1960) « il doit fixer les grands axes d'une politique nationale que les ARS et autres acteurs mettraient en œuvre. »**

Pour déterminer des objectifs de santé publique et lien avec le haut conseil de santé publique

*S'assurer que la population dispose d'un **panier de service** disponible sur l'ensemble du territoire.*

Le rôle des ARS : fédérer et mobiliser l'ensemble des acteurs

***Penser** : une politique sur un territoire en s'inspirant de ce qui est probant et documenté.*

***Vouloir** : s'engager la volonté*

***Agir** : avec les leviers disponibles : allocation de ressources différenciées, négociation de CPOM, appel à projets sur des actions en déshérence, inclusion du panier de service indispensable dans le projet territorial de santé mentale et dans les contrats territoriaux de santé mentale.*

L'idée est bien qu'en partant d'une dévalorisation des politiques de secteur, d'un glissement du statut de patient à celui d'handicapé psychique, on cherche à se passer d'un service public de psychiatrie de secteur digne de ce nom. Même le secteur médico-social ne trouve pas goût à leurs yeux (trop cher sûrement)

Partant du constat qu'il y a des carences, on renie l'idée de soins pour aller vers un rétablissement. En agissant avec des structures associatives, comme les GEM et travaillant avec des pairs aidants.

Selon les préconisations du rapport le rôle du médecin généraliste sera un axe de ces politiques, et quand on connaît la problématique de démographie médicale dans notre société on peut aussi s'interroger, de même sur la formation de ces médecins aux problématiques de psychopathologie !

Accepter ces perspectives fera que la psy de demain sera libérale, dans tous les sens du terme, politique, idéologique, financière.

L' affaire du fentanyl au CANADA (janvier 2016) doit nous faire réfléchir pour ensemble penser, repenser d'autres politiques en matière de psychiatrie pour un grand service public de secteur psychiatrique social et médico-social à la hauteur des enjeux que pose la maladie mentale dans notre société.

Le rapport Laforcade, le rapport UCSA, le projet SÉRAPHIN PH pour le médico-social, restent sur une ligne conductrice qui depuis une dizaine d'années tend à démolir peu à peu un modèle français de prise en charge des patients porteurs de pathologies psy, une volonté de casser un service public de psychiatrie , une volonté de traiter les pathologies chroniques sur la base des politiques menées dans les pays Anglo-saxons. Des luttes se mènent ces derniers temps à Rennes, Bourges, Amiens, Allonnes, Monfavet, Cadillac.

« On est sans cesse en train de se restructurer. Aujourd'hui, notre idée est d'entrer en résistance et d'interpeller les pouvoirs publics. Les impacts budgétaires, c'est soit on supprime des postes, soit on supprime des lits », a déclaré à la presse le Dr SALVARELLI, psychiatre depuis vingt-cinq ans au Vinatier.

Alors que nous reste-t-il ?

Sinon de continuer à penser, repenser, pour panser une politique de psychiatrie actuelle qui sous couvert de plus de libertés réduit à l'enfermement sur soi même.

Oui il faut redonner tous son sens à une politique de secteur, à dimension humaine, avec de moyens et tisser des liens nécessaires avec le monde médico-social, éducatif, social, associatif, pour redonner du sens à cette idée généreuse.

Pour une véritable réhabilitation du soin en psychiatrie.

Les perspectives d'avenir du Régime Local d'Assurance Maladie Alsace Moselle

Séminaire du 23 septembre 2013

Sommaire

1. Présentation et évolutions du Régime Local

René MARBACH – Directeur RLAM

2. Les aspects économiques et financiers

Jean-Claude JULLY – Agent Comptable RLAM

3. Les actions de prévention

Marianne WELFERT – Directrice adjointe RLAM

4. L'impact juridique de l'ANI sur le RLAM

Jean-Marie WOEHRLING – Président IDL

Eric SANDER – Secrétaire Général IDL

5. Les perspectives d'avenir

Daniel LORTHIOIS – Président RLAM

Partie 1

Présentation et évolutions du Régime Local

René MARBACH – Directeur RLAM

Historique du Régime Local

La Création du Régime Local

- Les lois françaises du 17 octobre 1919 et du 1er juin 1924 ont maintenu dans les départements alsaciens et mosellan les lois allemandes adoptées entre 1883 et 1889.
- L'article L. 181-1 du code de la sécurité sociale : « *un régime local provisoirement en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle* » (Décret juin 1946).

La genèse d'un Régime «autonome» : 1990-1995

- Cinq années au cours desquelles, comme elles l'avaient fait en 1945-1946, des organisations syndicales de salariés furent au premier rang et fer de lance de la mobilisation pour la régionalisation de sa gestion...

Historique du Régime Local

Le décret du 31 mars 1995

La loi du 14 avril 1998

Le décret du 12 novembre 1998

Article D. 325-1 (Décret du 31 mars 1995)

- « **Le Régime Local d'Assurance Maladie** des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle...
- **régime légal, obligatoire et complémentaire** du régime général ...
- assure à ses bénéficiaires des prestations légales servies **en complément du régime général** pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré...
- Il peut prendre en charge tout ou partie du **forfait journalier**... »

5/5

Historique du Régime Local

La reconnaissance constitutionnelle en 2011

- Suite à une QPC de 2001, le Conseil Constitutionnel a dégagé un nouveau principe fondamental reconnu par les lois de la République en matière de droit applicable dans les trois départements alsaciens-mosellans : *« la différence de traitement résultant du particularisme du droit local... ne peut être critiquée sur le fondement du principe constitutionnel d'égalité devant la loi »*.

6/5

Il dispose de compétences importantes : (Extraits)

- 4° Détermine la liste des prestations prises en charge par le régime ainsi que leurs taux de remboursement...
- 5° Fixe les taux des cotisations... dans la limite d'une fourchette de 0,75 % à 2,5 %.
- 9° Délibère au moins deux fois par an sur les prévisions financières du régime.
- 10° Prend les mesures nécessaires pour assurer l'équilibre financier du régime...
- 11° Se prononce sur... les projets de loi et de règlement intéressant les matières de sa compétence.

L'implication des partenaires sociaux

- **Membres délibérants** : 23 représentants des assurés sociaux désignés par les unions interprofessionnelles des confédérations syndicales en fonction de leur représentativité régionale,
1 personne qualifiée désignée par le Préfet de région,
1 représentant de la FNMF.
- **Membres consultatifs** :
3 représentants des employeurs,
2 membres consultatifs (représentant des familles, CODERPA) .

Un régime contributif et solidaire

La population couverte

- Les salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle).
- Les retraités justifiant des conditions d'accès en terme d'années de cotisation suffisantes.
- Les chômeurs, invalides, pré-retraités.
- 1,6 million d'assurés cotisants.
- 2,9 millions de personnes protégées, assurés et ayants droits.

Un régime contributif et solidaire

Un financement assuré par une cotisation dé plafonnée

- Une cotisation uniquement salariale (pas de cotisation employeurs).
- Taux de cotisation fixé à 1,50% depuis le 01/01/2012.
- Des cotisations proportionnelles aux salaires et retraites.
- Des exonérations calquées sur celles de la CSG.
- 1 retraité sur 3 et 9 chômeurs sur 10, bénéficiaires du RLAM, sont exonérés de cotisations pour insuffisance de ressources.

Un régime contributif et solidaire

Des prestations allégeant le reste à charge dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale

TAUX DE REMBOURSEMENT

PRESTATIONS	REGIME GENERAL	REGIME LOCAL	TOTAL
ENSEMBLE DES ASSURES			
Honoraires :			
- médecins / chirurgiens / dentistes / généralistes ou spécialistes / sages-femmes	70%	20%	90%
- auxiliaires médicaux	60%	30%	90%
Actes techniques <120 € :	70%	20%	90%
Médicaments :			
- spécialités irremplaçables ou coûteuses	100%		100%
- vignette bleue	30%	50%	80%
- vignette blanche	65%	25%	90%
- vignette orange	15%		15%
Prothèses - orthopédie - optique :	60%	30%	90%
Frais de transport :	65%	35%	100%
Hospitalisation :	80%	20%	100%
Frais de cure thermale :	80%	20%	100%
BENEFICIAIRES DU FONDS SPECIAL INVALIDITE ET FONDS DE SOLIDARITE VIEILLESSE			

11/55

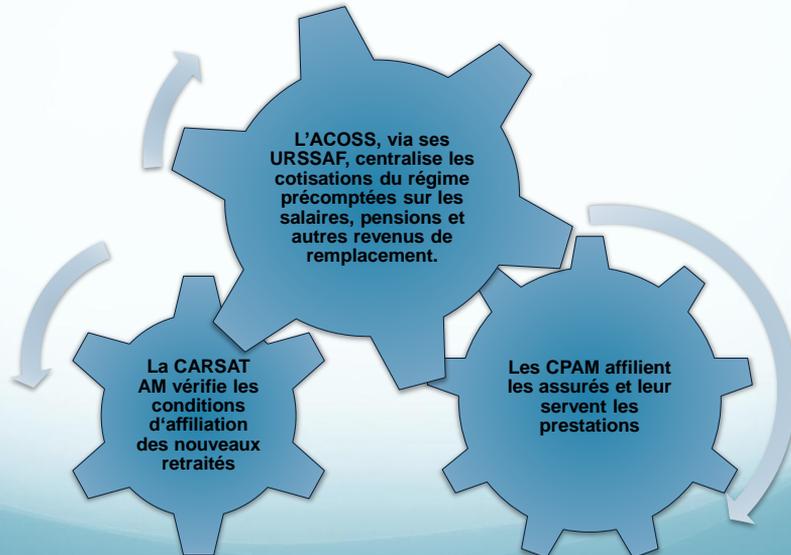
Un régime gestionnaire

Les administrateurs du RLAM exercent leurs compétences en toute responsabilité

- Une gestion équilibrée et responsable.
- Une gestion à long terme, soucieuse de pérenniser le Régime Local.

12/55

Un fonctionnement quotidien très intégré au Régime Général



13/55

Un régime acteur de la vie institutionnelle régionale et nationale

- en participant aux **instances décisionnelles** de la santé publique et de l'éducation à la santé,
- en co-pilotant ou participant à des thématiques de santé publique en Alsace et en Lorraine auprès des ARS,
- en étant membre de la Conférence Régionale de Santé et de la commission spécialisée Prévention,
- en ayant un représentant au sein de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (**UNOCAM**) depuis 2005.

14/55

Le rôle important du Régime local

Depuis 1946, le RL n'a cessé d'évoluer :

- A niveau de prise en charge des soins équivalent à celui de 1946, **le Régime local dépenserait 183 M€/an contre 353 M€ en 2012** (Forfait journalier, 18€ ...).
- Pour **la médecine de ville**, le taux de remboursement par le RG est de 63% environ. **Le Régime local le complète jusqu'à 90%.**

Partie 2 Aspects financiers

Jean-Claude JULLY - Agent Comptable RLAM

Postes	Montant en €	%
Cotis. /salaires	328 153 585	71,79%
Cotis./retraites de base	46 674 015	10,21%
Cotis./retraites complémentaires	32 956 939	7,21%
Produits financiers	11 077 498	2,42%
Autres(reprises sur provisions, produits exceptionnels...)	38 210 873	8,37%
Total général	457 072 910	100,00%

Les recettes

- Le régime est financé essentiellement par des cotisations sur salaires* : **71,79% des recettes**).
- Les retraités contribuent également au financement :
 - Les cotisations sur pension « sécu » représentent **10,21%** des recettes.
 - Les cotisations sur les retraites complémentaires représentent **7,21%** des recettes.
- **Il n'y a pas de cotisation patronale.*

Les cotisations sur salaires

- La cotisation est égale à 1,5% du salaire dé plafonné.
- **Le taux de cotisation a baissé depuis 2007** (1,80% au 1^{er} janvier 2007, 1,70% au 1^{er} juillet 2007, 1,60% au 1^{er} janvier 2008, 1,5% au 1^{er} janvier 2012).

Cotisations sur retraites

- Le taux est également de 1,5% sur le total des retraites (régime de base « sécu » + retraites complémentaires).
- **Rappel** : les cotisations sur les retraites représentent 17,42% des recettes (10,21 % pour la retraite sécu et 7,21% pour les retraites complémentaires).

Les produits financiers :

- 2,5% des recettes en 2012
- 11 millions d'€



21/55

Postes	Montant en €	%
Prestations maladie : TM	332 178 631	71,67%
Forfait journalier	61 727 149	13,32%
Dotation globale	59 693 043	12,88%
Prévention	595 629	0,13%
Services rendus Cnamts et Acooss	3 769 646	0,81%
Frais de gestion	572 711	0,12%
Autres (IS, charges exceptionnelles...	4 928 756	1,07%
total	463 465 566	100,00%

22/55

Les charges

- Les prestations remboursées par les CPAM au titre du régime local représentent **85%** des dépenses (ticket modérateur, forfait journalier).
- La participation au financement de la dotation hospitalière atteint **12,9%**.

Les services rendus CNAMTS-ACOSS :

3 769 646 € soit 0,81% des dépenses au titre du paiement des prestations et du recouvrement des cotisations

CNAMTS	2 127 099 €
ACOSS	1 642 547 €

Les frais de gestion CARSAT

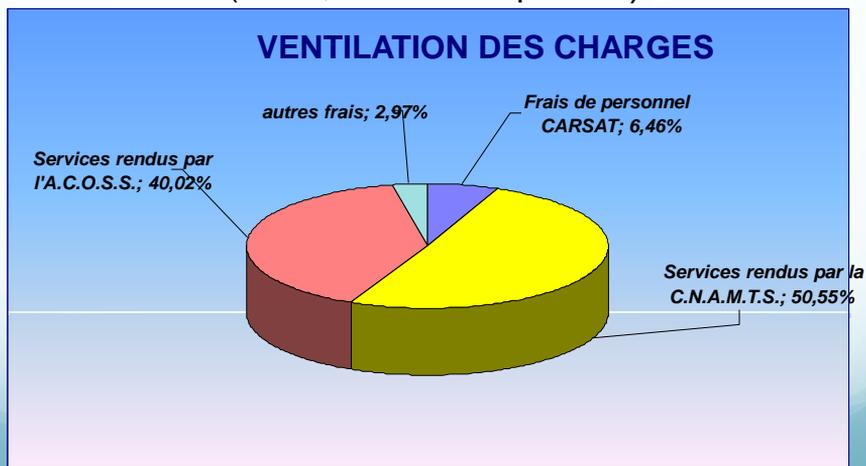
- Ils représentent **572 711 €** au titre des services rendus par la CARSAT Alsace-Moselle (personnel, autres frais de fonctionnement...).
- **0,12%** du total des dépenses.

25/55

Le coût des services rendus CNAMTS-ACOSS et des frais de gestion CARSAT :

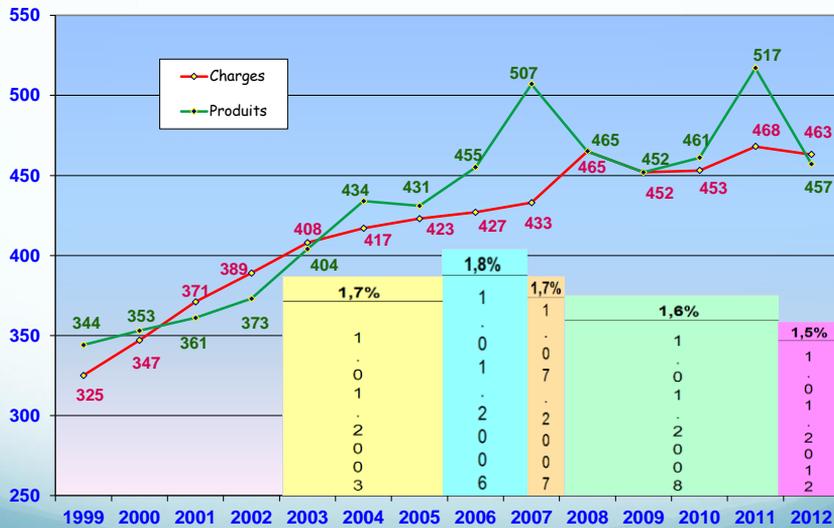
4,34M d'€

(soit **0,93%** des dépenses)



26/55

Charges et produits



27/55

Le résultat : un déficit de 6,39M d'€ soit 1,39% des produits

	2012	
Résultat courant	-18,02 M€	
Résultat financier	+11,1 M€	
Résultat exceptionnel	+1,7 M€	
Résultat comptable	-6,39 M€	

28/55

Partie 3

Les actions de prévention et d'éducation à la santé

Marianne WELFERT - Directrice adjointe RLAM

La politique de prévention

Étapes

- Loi du **14 avril 1998**, les excédents peuvent être affectés à des programmes de santé publique.
- Délibération CA du **21 juin 1999**, priorités ciblées sur les pathologies neuro-cardio-vasculaires.
- Délibération CA du **22 novembre 2004**, extension des priorités aux cancers.
- Loi du **21 juillet 2009**, possibilité d'affecter jusqu'à 0.5% des dépenses de prestations de l'exercice.

Choix des priorités

- Les **cancers** sont la 1^{ère} cause de décès en Alsace-Moselle, présentant une situation quasiment comparable à la France métropolitaine.
- Les **maladies neuro-cardio-vasculaires** sont la 2^{ème} cause de mortalité en Alsace-Moselle mais à un niveau très supérieur à la moyenne nationale.
- Ces deux affections **multifactorielles** sont identifiées comme prioritaires dans les **Plans Régionaux de Santé** d'Alsace et de Lorraine.

31/55

Stratégies d'actions

Soutien financier de projets en prévention primaire et secondaire visant à :

- Favoriser et/ou renforcer l'adoption d'une **alimentation équilibrée**.
- Encourager la pratique régulière **d'activité physique**.
- Lutter contre le **tabagisme** actif et passif.
- Faciliter le **dépistage**, l'éducation thérapeutique, le suivi du patient et de ses facteurs de risques.

32/55

Travail de coordination :

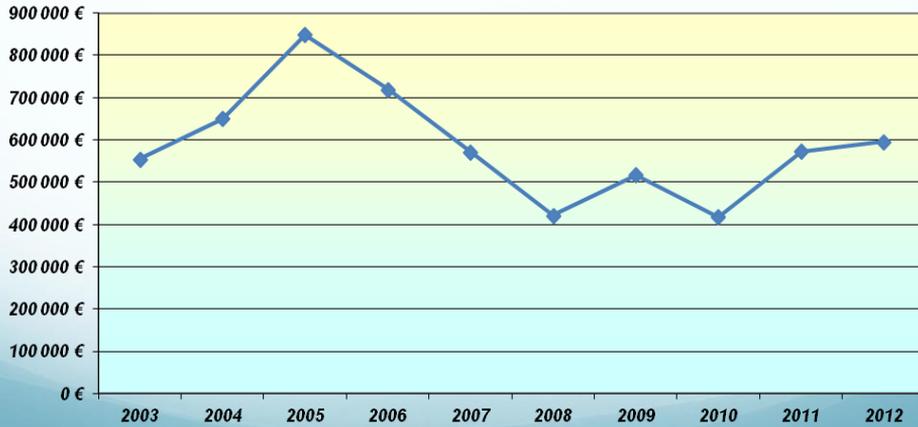
- Une politique menée en **complément** et en **partenariat** avec les acteurs œuvrant dans le même champ (ARS, DRAAF, DRJSCS, collectivités territoriales...) → co-instruction des demandes de financements.
- Une politique qui s'appuie sur **l'offre existante** et qui recherche la mobilisation de l'ensemble des **partenaires de terrain** (médecins, paramédicaux, mairies, associations).

Modalités de financements :

- **Appels à projets** : faire émerger des actions innovantes.
- **Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** : soutenir des projets de prévention reconnus comme efficaces depuis plusieurs années.
- **Contrats locaux de santé** : partager des objectifs de santé avec les collectivités et développer des stratégies optimisées par un partenariat formalisé.

La politique de prévention

Evolution des paiements de 2003 à 2012 :
une moyenne de 587 000 €/an

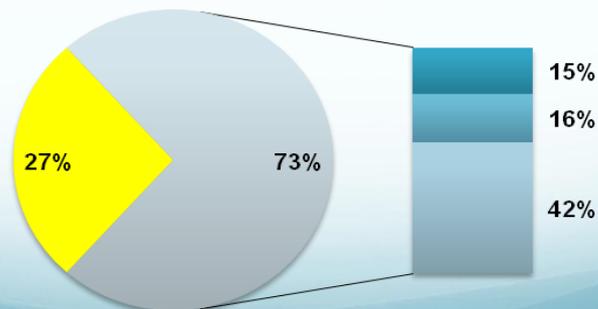


35/55

La politique de prévention

Répartition financière par territoire en 2012 :
27% en Moselle et 73% en Alsace

- Actions mosellanes
- Actions haut-rhinoises
- Actions bas-rhinoises
- Actions régionales alsaciennes



36/55



En cours de 2005 à 2012 : **198 collèges et lycées** alsaciens sur les 219 ont intégré le programme CAAPS.

- Programme porté par l'Education Nationale et mené avec de **nombreux partenaires** (GIP-FCIP, collectivités territoriales, ARS, DRAAF, etc...).

Objectifs du programme :

- Agir sur les **connaissances** et **comportements** des élèves par rapport à l'alimentation et l'activité physique et impliquer l'entourage familial.
- Agir sur **l'environnement** des élèves (ex. offre dans les restaurants scolaires).
- Dépister** les élèves en surpoids et les **orienter** le cas échéant vers une prise en charge adaptée.



Sur le long terme = réduction de la prévalence des maladies neuro-cardio-vasculaires.

Exemples d'actions

Programme Régional de Prévention du Risque Cardio-Vasculaire en Lorraine (P3RCV) :

- En cours depuis 2009 sur la Lorraine. En Moselle, **3 territoires sont ciblés** (Bassin Houiller, Saulnois, Sarreguemines,
- Porté par la **CARMI-EST**.



39/55

Exemples d'actions

Objectifs du programme :

- Permettre aux **médecins traitants** d'évaluer facilement et rapidement le RCV global pour chacun de leurs patients.
- Mettre en place des **cellules éducatives** pour prendre en charge non médicalement les facteurs de risques cardio-vasculaires.
- **Modifier les comportements** à risques cardio-vasculaires des usagers des cellules éducatives.

40/55

Perspectives :

- Améliorer les **partenariats** avec les autres financeurs, notamment en développant des stratégies d'évaluations communes.
- Cibler davantage les **territoires** dépourvus d'actions.
- Développer les contrats **pluriannuels** d'objectifs et de moyens.
- Améliorer la **qualité** des actions de prévention.

Partie 4 L'impact juridique de l'ANI sur le Régime Local

Jean-Marie WOEHLING – Président IDL
Eric SANDER – Secrétaire général IDL

Partie 5 Perspectives d'avenir

Daniel LORTHIOIS
Président RLAM

PERSPECTIVES

Un régime incomparable

- ➔ régime spécifique de sécurité sociale avec son dispositif législatif propre,
- ➔ exemple inédit d'assurance maladie à trois étages,
- ➔ gestion autonome et politique de gestion du risque axée sur les priorités de santé publique en Alsace-Moselle,
- ➔ héritage de l'histoire et ancrage culturel fort,
- ➔ prolongement du régime général.

PERSPECTIVES

Un régime incontestable

- ➔ régime spécifique de sécurité sociale avec son dispositif législatif propre,
- ➔ reconnaissance constitutionnelle en 2011 mais pas de marge de manœuvre pour son évolution...

PERSPECTIVES

Un régime fragilisé...

- ➔ impacté par les dispositions de l'ANI qui font peser sur lui des risques juridiques...
- ➔ interpellé par l'annonce d'une complémentaire obligatoire pour tous.

PERSPECTIVES

Un régime qui n'évolue pas est amené à disparaître

Depuis 1946, le RLAM n'a cessé d'évoluer :

à niveau de prise en charge des soins équivalent à celui de 1946, le Régime Local dépenserait 183 M€/an contre 353 M€/an en 2012 (forfait journalier, 18€...).

PERSPECTIVES

Les débats en cours...

- ➡ **à court terme...**
décret sur les adaptations entre RLAM et complémentaires ANI attendu pour fin septembre,
- ➡ **à moyen terme...**
débat autour de la possibilité pour le RLAM d'assurer les prestations du panier de soins des complémentaires obligatoires.

Les débats en cours...

➔ à court terme...

le décret sur les adaptations entre RLAM et l'ANI devra prévoir une «répartition différenciée entre employeurs et salariés» des cotisations des complémentaires ANI,

➔ **car le RLAM, financé par les cotisations des seuls salariés et retraités, assure plus de 72% des prestations prévues par l'ANI.**

Etude de coût du panier de soins ANI :

➔ **299 M€ dont 217 M€ (72%) déjà assurés par le régime.**

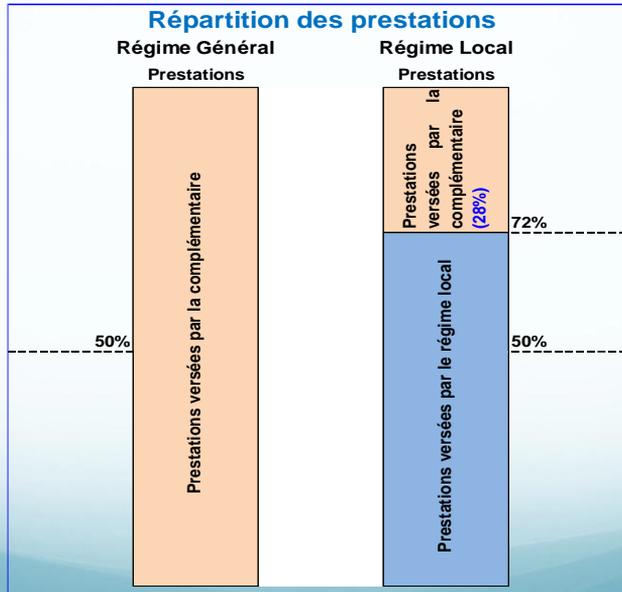
Surcoût de la part supplémentaire non couverte :

➔ **81 M€ pour les salariés,**

➔ **112 M€ pour les salariés et ayants-droit,**

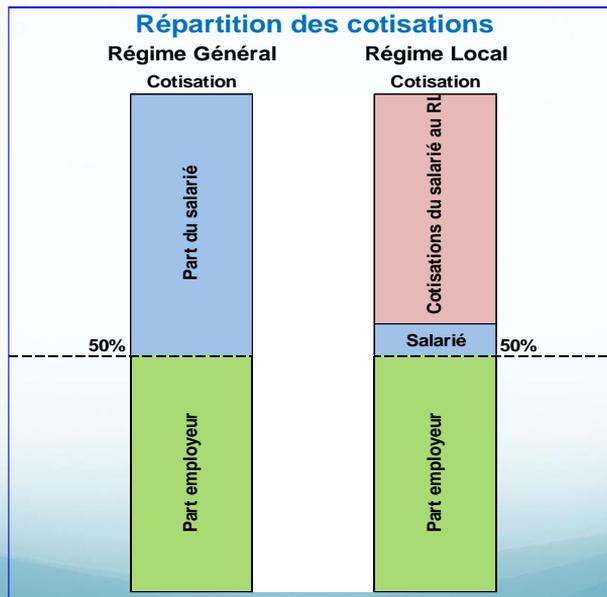
➔ **145 M€ pour les salariés et ayants-droit avec un effort particulier sur le forfait optique et les prothèses.**

PERSPECTIVES



51/55

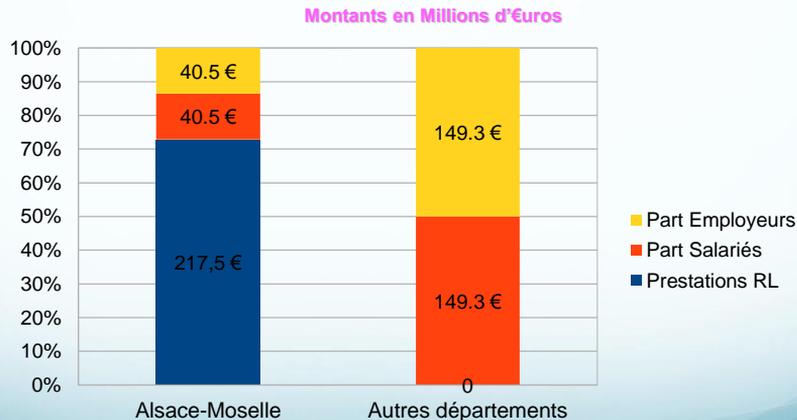
PERSPECTIVES



52/55

L'égalité de traitement

Version des services du ministère de la santé et des affaires sociales



53/55

PERSPECTIVES

A moyen terme, dans la perspective d'une complémentaire obligatoire pour tous...

le conseil d'administration du Régime Local a le souci permanent d'adapter sa politique de prise en charge des remboursements aux évolutions des dispositifs nationaux.

54/55

PERSPECTIVES

**Le Régime Local souhaite être
un terrain d'expérimentation
pour de nouvelles formes de
prises en charge.**

Le Régime local D'Alsace Moselle peut intelligemment nous indiquer le chemin pour construire une nouvelle mise en sécurité sociale prenant en charge l'intégralité des soins de santé par une gouvernance en totale indépendance.

La complémentaire santé est-elle vraiment accessible à tous !

Comment peut-on accepter de telles inégalités d'accès aux soins et de leurs prises en charge !
Faut-il faire durer une telle dualité de prises en charge des frais de santé en France !

La loi a défini des règles de prise en charge dans le cadre de nouvelles règles fiscales et sociales des cotisations des entreprises par l'obligation de limiter les niveaux de prises en charge dans le cadre de contrat dits « responsable » afin de limiter le remboursement des dépassements « excessifs » et comporte des garanties minimales suffisantes, afin d'éviter une trop grande segmentation des contrats.

Ce type de couverture santé va exonérer les employeurs de garantir des prestations de haut niveau et augmenter le reste à charge des salariés.

Ces limites vont pousser les salariés à souscrire des contrats sur-complémentaires dont les cotisations seront totalement à leurs charges et surtaxé par l'état.

Pour les autres assurés de la sécurité sociale, ce dispositif exclut les populations les plus faibles ayant le plus souvent les revenus les plus bas : les sans emploi, les invalides, les retraités et tous ceux qui ne bénéficient pas de la CMU et de l'ACS, dont l'accès au complémentaire Santé est facultatif. Il passe par le paiement d'une prime d'assurance souvent indépendante et disproportionnée du revenu et de plus croissante avec l'âge.

Le financement est d'autant plus régressif selon les revenus.

La part du revenu consacrée à l'achat d'une complémentaire SANTE, hors employeur était de 2,3 % pour les 10 % des ménages les plus aisés mais il pouvait atteindre 8 % pour les 10 % les plus modestes non éligibles à la CMU-C. Un tel effort pour la seule complémentaire santé peut sembler prohibitif aux ménages modestes et les conduire à renoncer à l'assurance. En moyenne, une faible proportion de la population (4,2 %) n'avait pas d'assurance complémentaire en 2010. Mais cette proportion atteignait 8,5 % chez les 20 % des ménages les plus modestes.

La mise en place de ces participations financières des employeurs s'est accompagnée de dispositifs compensatoires en direction des plus modestes et des plus malades : la CMU-C offre depuis 2000 une couverture complémentaire gratuite aux personnes à bas revenus ; les assurés affectés d'une maladie chronique figurant dans la liste des affections de longue durée (ALD) bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette affection. La combinaison de ces dispositifs aboutit à une couverture moyenne par la Sécurité sociale très hétérogène entre les assurés sociaux, avec un taux de couverture relativement faible pour l'immense majorité des assurés (82,4 %) qui ne bénéficient pas du régime des ALD : en 2010 leur couverture était de seulement 59,7 %.

Le reste à charge en France est en moyenne de 5 à 7 %. Il est un des plus bas en Europe. Le taux d'équipement en complémentaire santé est de 95 %.

Le financement et la prise en charge des soins dans d'autres pays européens

Dans la totalité des pays européens, le financement des soins repose sur des principes de solidarité, avec des dispositions très variées pour en garantir l'application.

Au **Royaume-Uni**, les soins sont financés par l'impôt et prodigués par un service public, le *National Health Service* (NHS). L'accès aux soins est universel et gratuit pour les usagers ; seuls les soins optiques, dentaires, et les médicaments font l'objet de modestes participations financières.

Même si les comparaisons internationales sont délicates en la matière, les enquêtes montrent que la satisfaction des usagers est élevée, notamment pour la médecine de ville. En revanche, les délais sont parfois importants pour accéder aux soins hospitaliers.

Le système de soins est décentralisé, avec des structures régionales chargées d'évaluer les besoins de santé. La médecine de ville est structurée autour de cabinets de groupe rémunérés pour une part importante en fonction de la qualité de la prise en charge et de l'efficacité des soins, selon une liste d'indicateurs tenant compte des caractéristiques de la population locale et des mesures entreprises pour réduire les inégalités de santé. En résumé, la régulation est très active au Royaume-Uni, mais elle passe exclusivement par l'offre de soins sans s'appuyer sur la demande. La manière dont les professionnels s'organisent est ouverte, mais les règles du jeu et les objectifs sont définis par la tutelle et se traduisent par des rémunérations à la performance.

Les performances en matière de qualité des soins pour la médecine de ville, de santé publique et d'inégalités de santé mettent le Royaume-Uni au même niveau que les autres pays, pour un niveau de dépenses très inférieur :

en 2011, la dépense de soins ne représentait que 9,3 % du PIB au Royaume-Uni, contre 11,6 % en France et respectivement 11 %, 11,3 % et 11,9 % pour la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas, les trois autres pays examinés ici.

Outre le caractère très « économe » du système anglais, on peut en tirer deux leçons : d'une part, l'assurance-maladie n'est pas la seule organisation envisageable pour garantir l'accès aux soins ; d'autre part, un système de soins peut être piloté exclusivement du côté de l'offre de soins.

Dans la totalité des pays européens, le financement des soins repose sur des principes de solidarité, avec des dispositions très variées pour en garantir l'application.

Au **Royaume-Uni**, les soins sont financés par l'impôt et prodigués par un service public, le *National Health Service* (NHS). L'accès aux soins est universel et gratuit pour les usagers ; seuls les soins optiques, dentaires, et les médicaments font l'objet de modiques participations financières. Même si les comparaisons internationales sont délicates en la matière, les enquêtes montrent que la satisfaction des usagers est élevée, notamment pour la médecine de ville. En revanche, les délais sont parfois importants pour accéder aux soins hospitaliers. Le système de soins est décentralisé, avec des structures régionales chargées d'évaluer les besoins de santé. La médecine de ville est structurée autour de cabinets de groupe rémunérés pour une part importante en fonction la qualité de la prise en charge et de l'efficacité des soins, selon une liste d'indicateurs tenant compte des caractéristiques de la population locale et des mesures entreprises pour réduire les inégalités de santé. En résumé, la régulation est très active au Royaume-Uni, mais elle passe exclusivement par l'offre de soins sans s'appuyer sur la demande. La manière dont les professionnels s'organisent est ouverte, mais les règles du jeu et les objectifs sont définis par la tutelle et se traduisent par des rémunérations à la performance.

En **Allemagne**, le choix de la caisse d'assurance a été introduit dans les années quatre-vingt-dix pour 95 % des assurés. Obligation d'assurance, interdiction de la sélection, primes indépendantes de l'âge ou de l'état de santé, standardisation des contrats et compensation des risques : les principes de la concurrence régulée sont appliqués, avec pour le financement des cotisations proportionnelles aux revenus, principe auquel les Allemands sont très attachés.

Depuis 2009, les cotisations sont versées à un fonds central qui redistribue les ressources aux caisses en fonction du nombre d'assurés et de leurs caractéristiques. Des primes additionnelles peuvent être demandées par les caisses. Mais elles représentent actuellement une part infime du financement, soit 0,4 %, et le nouveau gouvernement prévoit d'imposer qu'elles soient définies en fonction des revenus. Une participation aux dépenses a été introduite en 2003 pour les assurés : forfait hospitalier, ticket modérateur de 10 % sur les médicaments, etc. Ces participations sont limitées par un plafond annuel qui dépend du revenu.

Aux **Pays-Bas**, la réforme de 2006 a introduit une concurrence régulée et autorisé la mise en place de réseaux de soins. Les assurés sont sujets à une franchise annuelle qui peut varier de 165 à 650 euros, l'ensemble des participations aux dépenses étant plafonné.

Le financement du système est à mi-chemin entre les systèmes allemand et suisse, car il repose pour moitié sur des primes et pour moitié sur un fonds de péréquation alimenté par des cotisations sociales. La réforme a entraîné une restructuration du secteur, qui est aujourd'hui assez concentré puisque quatre caisses couvrent 80 % du marché.

Curieusement, les dépenses de santé ont explosé depuis 2007 au Pays-Bas, ce qui a conduit certains observateurs à considérer que cela signalait l'incapacité d'un tel système à maîtriser les coûts. En fait, ce dérapage est dû pour partie à une augmentation du périmètre des soins remboursés et pour partie à une vive augmentation des rémunérations des généralistes et des spécialistes sur la période.

Ces augmentations n'étaient pas du ressort des caisses d'assurance mais ont été décidées au niveau central.

Le Régime Local d'Alsace Moselle

Le régime local d'Alsace Moselle associe les caractéristiques d'un régime de base obligatoire et d'un régime complémentaire. Ce régime hérité de l'histoire a été mis en place en 1946, confirmé par la loi n°91-1406 du 31 novembre 1991 et la décision du conseil constitutionnel du 5 août 2011. Il couvre les deux tiers de la population.

Ses faibles coûts de fonctionnement et la mutualisation sur tous les salariés du secteur privé des trois départements, Son expérience doit pouvoir nous engager à aller vers une sécurité sociale qui assure une solidarité entre les générations, les retraités et tous les salariés.

Malgré le transfert de charge de l'assurance maladie de base et la complémentaire santé, au moment où certains cherchent à réduire le champ de la sécurité sociale, la situation financière est très enviable. Il constitue un atout incontestable. Pourtant, l'évolution des dépenses est identique au reste du territoire français.

Un financement assuré par une cotisation « salariale déplafonné ».

Depuis le 1^{er} janvier 2012 le taux de cotisation est de 1,5 %. Elle est appliquée sur l'intégralité du salaire et sur tous les revenus de remplacement. Son taux est décidé chaque année par le conseil d'administration qui suit l'évolution des dépenses de santé et des cotisations. Ce taux peut évoluer dans une fourchette fixée par la loi entre 0,75 % et 2,5 %. Les employeurs ne participent pas au financement du régime local. Ces cotisations ne sont pas soumises à l'IRPP.

Un faible coût de gestion

Les prestations sont calculées et versées par les CPAM. Les cotisations sont recouvrées par les URSSAF. La structure de gestion est très réduite. Les coûts de gestion sont de 1 % des cotisations dont 0,5 % des prestations à la CNAMTS et 0,5 % des cotisations à l'ACOSS.

Une large autonomie de gestion permet une réaction rapide aux évolutions extérieures de la protection sociale.

Le conseil d'administrations constituées de 25 membres dont 23 représentants des salariés, 1 Personne Qualifié et 1 FNMF, ayant voies délibératives et de 6 représentants des assurés, dont 3 employeurs UPA, ayant uniquement une voie consultative. Il agit dans le cadre du code de sécurité sociale qui attribue des compétences étendus à l'instance de gestion du régime.

Le conseil d'administration décide chaque année de l'état prévisionnel des dépenses et recettes. Il prend les mesures d'équilibre financier du régime. Il doit avoir à minima des réserves de gestion de 8 % des prestations versées.

Il décide des prestations pris en charge en s'inscrivant strictement dans le cadre des tarifs conventionnels de la sécurité sociale. Le régime ne peut pas prendre en charge les dépassements d'honoraires, ni assurer des remboursements sur le dentaire et l'optique.

Il assure la gratuité de l'hospitalisation par la prise en charge du ticket modérateur, les actes médicaux coûteux et le forfait hospitalier. Il limite à 10 % le ticket modérateur des soins ambulatoires et module ceux des médicaments.

Il développe une véritable actions de prévention par des financements d'actions dans les réseaux de soins et à des programmes de santé publique dont la politique de prévention des maladies cardio-vasculaires, le diabète et les cancers.

La solidarité entre tous les bénéficiaires intergénérationnelles et toutes les catégories de revenus

Son financement est bien plus solidaire que dans un organisme de complémentaire santé. Par l'unique cotisation de l'ouvrant droit, il couvre tous ses ayants droits : le retraité, son conjoint et tous ses enfants à charge. Le régime local assure également le chômeur et les invalides. Les retraités, invalides et chômeur non soumis au prélèvement de la CSG sont exonérés de cotisations.

Le régime local est né de la volonté de maintenir en Alsace Moselle une couverture des frais de santé sans ticket modérateur. Il couvre aujourd'hui 1,5 Millions d'assurés, protège 2,2 Millions de personnes et encaisse 445 Millions d'euro de cotisations.

Il démontre la pertinence d'une couverture intégrale fondé par les principes de solidarité de la Sécurité Sociale. Il nous interroge sur la pérennité du système actuel nécessitant d'une dualité des remboursements par l'existence des complémentaires santé dont les règles de fonctionnement sont régies par le marché de l'assurance.

C'est la preuve vivante qu'une autre voie est possible par l'élargissement du régime de base à l'ensemble des frais de santé de tous les français et en accordant une autre gouvernance au système qui donne une large autonomie aux représentants des salariés et assurés en charge de la gestion de cette protection sociale.

Son financement se doit d'être assuré par une cotisation assise sur tous les revenus pour assurer une solidarité financière et intergénérationnelle complète entre tous les bénéficiaires de ce nouveau système de prise en charge des frais de santé.

Le régime local d'Alsace Moselle peut être utilisé pour mener une expérience pour conquérir une Sécurité Sociale universelle unique, solidaire et démocratique.

La CGT met en débat la nécessité de redéfinir une nouvelle mise en sécurité sociale garantissant la prise en charge intégrale des frais de santé de tous.

Une nouvelle SECURITE SOCIALE universelle pour tous nécessite de garantir son financement sur tous les revenus, de définir l'offre de soins, de mettre en cause les dépassements de tarifs, de redéfinir la gouvernance de la sécurité sociale, mettre en cause la dualité des remboursements des complémentaires santé et clarifier le rôle de la mutualité...