



STRATEGIE NATIONALE DE SANTE

un leurre !

De novembre 2013 à février 2014, c'est quelques 150 « pseudo débats » départementaux et régionaux sur la stratégie nationale de santé qui sont succédés avant la future loi de santé publique proposée en 2014. Démarche participative *a priori* intéressante puisqu'elle est censée mobiliser tous les acteurs, faire remonter les contributions des territoires sur les problèmes et les propositions d'actions. Sauf que, concrètement, ces journées de débats ne réunissent le plus souvent que des « experts » de la santé, le citoyen de base étant le grand absent de ces échanges.

Malgré des propositions intéressantes faites lors des débats départementaux par des professionnels de santé, des représentants d'associations d'usagers, des syndicalistes et des camarades du PCF, aucune ne semble citée lors des synthèses et propositions phares des débats régionaux. Il semble que seules celles allant dans le sens de la feuille de route de la SNS aient été retenues!

La stratégie nationale de santé, qui prétend avoir pour objectif de refonder le système de santé français, s'inscrit dans une totale contradiction avec la politique de réduction des dépenses de santé que suit obstinément notre gouvernement. Aucune remise en cause de la loi Hôpital, patient, santé, territoire (HPST), du mode de financement dans le cadre d'une enveloppe fermée que représente l'ONDAM (*Objectif national des dépenses d'assurance maladie*), n'est envisagée. Les restructurations, les fermetures de services sont maintenues avec fermeté par les directeurs des ARS dont les pouvoirs sont amenés à se renforcer. C'est la casse des hôpitaux qui continue, qu'ils soient locaux ou CHU, la casse de notre système national de santé avec la décentralisation telle qu'elle est envisagée et les inégalités territoriales qu'elle va engendrer.

Comment peut-on croire à la véritable volonté de Marisol Touraine et du gouvernement de refonder notre système de santé français dans une vraie grande loi de santé publique, quand elle affirme que la mise en œuvre des axes prioritaires de cette future loi trouvera une première traduction concrète dans la LFSS (loi de financement de la sécurité sociale) de 2014. LFSS qui demande 4 milliards d'euros de réduction des dépenses de sécurité sociale, 440 millions d'euros d'économies pour les hôpitaux ? Autant de non réponses aux besoins de santé de la population.

Les salariés des établissements de santé, les collectifs de défense ne sont pas dupes face aux propositions de la stratégie nationale de santé et se sont mobilisés dans plusieurs régions pour dénoncer l'asphyxie de l'hôpital public, le ras-le-bol des hospitaliers, les inégalités sociales de santé qui ne cessent de se creuser.

Le PCF, porteur de nombreuses propositions, était à leur côté proposant « d'inviter » les questions de la santé dans les débats municipaux ; rappelant que cette bataille autour de la santé s'inscrit dans une démarche globale, indissociable de la politique de réduction de la dépense sociale et de l'idéologie de la baisse du « coût du travail ».



« Je demande la remise à plat des 230 milliards d'€ d'argent public versé aux entreprises. »

Thierry Lepaon - *l'Humanité* du 30/01/2014

« Les attaques contre le droit des femmes en France et en Europe participent d'une offensive ultraréactionnaire que l'on voit s'exprimer via des propos racistes, sexistes, homophobes, anti-sémites. »

Pierre Laurent - *l'Humanité* du 03/02/2014

« Il est urgent d'arrêter de fermer des services ou des hôpitaux le temps de repenser le système de santé français. »

Laurence Cohen, sénatrice communiste
l'Humanité du 22/01/2014

« La T2A n'a pas permis de sauver l'hôpital public, elle tend seulement à le transformer en clinique commerciale. »

Mouvement de défense de l'hôpital public
l'Humanité du 21/01/2014

« Comment mener à terme les grandes ambitions de recherche technologique et industrielle dont le XXI^{ème} siècle a besoin, quand on laisse les clés aux mêmes actionnaires qui délocalisent et détruisent l'emploi ? »

Hugo Pompougnac, secrétaire UEC
l'Humanité du 11/01/2014

« J'ai 14 jours, je suis née en douceur aux Lilas, c'est ma première manif. »

Jeune couple venu avec leur nourrisson à la mobilisation pour la maternité des Lilas
l'Humanité du 27/01/2014

Commémoration du centenaire de la 1^{ère} guerre mondiale

« Plus jamais ça ? oui, mais le « ça » c'est-à-dire la guerre, est le résultat de choix politiques, économiques. »

Francis Wurtz, *l'humanité dimanche* du 30/01/2014

« Le médicament est un bien public » La société doit se réapproprié la chaîne de la santé et du médicament en particulier. »

Danielle Montel, syndicaliste CGT chez Sanofi
l'Humanité du 10/02/2014

les ambiguïtés du rapport de la MISMAP¹ n'éclairent pas l'opacité des projets de la ministre

En décembre 2008, le président de la République annonce pour la psychiatrie un tournant sécuritaire, au travers d'une modification de la loi de 1990 visant à transformer la psychiatrie de dispositif de soins au service des patients à un dispositif essentiellement centré sur des missions de contrôle social et de normalisation des comportements et des populations.

De décembre 2008 à juillet 2011 s'est construite une grande mobilisation rassemblant la quasi-totalité des syndicats, associations d'usagers, partis de gauche, citoyens, contre ce projet. Nous opposions à ce projet sécuritaire l'exigence d'une loi sanitaire annulant les attaques portées par « Hôpital 2007 » et la Loi HPST, relançant un grand projet de renouveau de la psychiatrie humaniste : réaffirmation du Secteur comme seule organisation du dispositif public, rétablissement de formations initiales spécifiques pour tous les soignants (internat en psychiatrie, diplôme d'État infirmier/option secteur psychiatrique), abandon de la mise en œuvre de la T2A² au travers de la VAP³...

Malgré le rejet par tous les parlementaires de gauche, la loi est passée le 5 juillet 2011. Avec le changement de majorité, nous pouvions légitimement espérer l'abrogation de cette loi liberticide et la mise en chantier d'une loi refondant la psychiatrie de Secteur. Il n'en est rien. La loi sécuritaire n'a été modifiée en septembre 2013 que sur quelques aspects, sur injonction du Conseil constitutionnel. La « garde à vue psychiatrique » de 72h, comme les soins ambulatoires sous contraintes, ont été maintenus.

Concernant la grande loi sanitaire, il semblerait que cela se limiterait à quelques articles contenus dans une loi de santé publique fin 2014. Mais nous n'avons aucun élément sur les orientations retenues. Le rapport de la MISMAP était censé nous éclairer mais ce rapport est si ambigu que pour certains il propose une relance de la politique de Secteur et pour d'autres il est le plus dangereux depuis 10 ans. Pourquoi ? Parce que dans son analyse il réaffirme certaines orientations progressistes, mais ne va pas au bout de sa logique. Par exemple, il affirme que la logique du Secteur reste la plus efficiente, en pointant que légalement sa territorialité n'existe plus. Seuls subsistent les « territoires de santé » ! Ce qui conforte nos propositions. Pourtant il ne propose pas de redéfinir par la loi la territorialité du Secteur comme étant la seule légale, ni de rétablir les chefferies de Secteur et la suppression des pôles en psychiatrie.

S'il propose « Une véritable politique de ressources humaines », c'est sans augmenter le nombre de soignants ! Tout en reprenant certaines de nos propositions concernant les formations (*voir article ci-contre*), il vise en fait à pallier le remplacement des psychiatres dont la disparition reste programmée. Mais le plus préoccupant, c'est que dans sa dernière proposition, il propose de mettre en œuvre les préconisations récurrentes des derniers rapports. Or, ceux-ci prônaient tous :

- une psychiatrie centrée non plus sur prise en charge de la souffrance d'un sujet et la continuité des soins, mais exclusivement sur la crise et l'abrasement du symptôme ; le suivi au long cours devant se faire dorénavant par les généralistes et non les CMP
- une désectorisation de l'hospitalisation au travers des CHT (Communautés hospitalières de territoires), avec mise en place de centres régulateurs qui dispatcheraient les patients là où il y a de la place : retour au XIX^e siècle et au tri des malades par le retour des unités de malades agités, dépressifs...

Bref, la déstructuration de tout ce qui subsiste de la philosophie du secteur.

On le voit les enjeux sont énormes.

Même s'il n'y aura pas de grande loi spécifique pour la psychiatrie, les quelques articles qui la concerneront dans le cadre de la loi de santé publique vont être structurant. Dans cette perspective, nous appelons à un débat national pour que cette loi aille dans le sens du renouveau d'une psychiatrie humaniste centrée sur la personne et du renouveau du secteur et non sa disparition.

Serge Klopp

1. Mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie ; mission parlementaire animée par le député Robillard (PS)

2. Tarification à l'acte

3. Valorisation de l'activité en psychiatrie



LES FORMATIONS

un enjeu structurant pour l'avenir de la psychiatrie

Dans les années 80/90, la suppression de l'internat en psychiatrie et celle du diplôme d'ISP (infirmier de secteur psychiatrique), ont contribué à modifier structurellement la conception du soin en psychiatrie. Passant progressivement d'une conception ayant pour mission de soigner des sujets en souffrance, où la relation thérapeutique était essentielle à une conception centrée sur le traitement des symptômes et la normalisation des comportements où la chimiothérapie a pris peu à peu le pas sur la relation soignante. Où les protocoles ont remplacés l'engagement thérapeutique singulier entre le patient et chaque soignant (psychiatre, infirmier, psychologue...).

La suppression du diplôme d'ISP est intervenue au moment où ceux-ci revendiquaient la reconnaissance de leur métier et des compétences acquises notamment dans le champ relationnel, par un DE-ISP. Compétences pouvant aller jusqu'à la possibilité reconnue par le décret d'actes infirmiers de « mener des entretiens ou des activités à visée psychothérapique ». Compétences développées à partir d'un diplôme spécifique, donnant des bases solides, enrichi tout au long de la carrière par des formations complémentaires (stages, colloques, séminaires...), des lectures et un travail personnel.

Depuis s'affrontent les tenants du rétablissement d'un diplôme spécifique pour tous les infirmiers exerçant en psychiatrie et ceux d'une spécialisation ouverte à certains après le diplôme sur la base des IBODE. Le ministère a reconnu l'insuffisance du diplôme unique pour exercer en psychiatrie en imposant des formations complémentaires et un tutorat pour tout infirmier primo-arrivant en psychiatrie.

Si déficit de formation il y a, c'est bien du côté de la psychopathologie, de l'approche psychodynamique, ouvrant sur l'espace psychothérapique. Ce qui ne peut se combler au travers de l'apprentissage de protocoles et d'approches opératoires comme cela tend à se faire aujourd'hui au travers du DPC (développement personnel continu) et qui à pour conséquence de déposséder encore plus les IDE du champ relationnel !

Sous l'égide des États généraux de la Psychiatrie de 2003, la CGT, SUD, FO, SERPSY et les CEMEA ont élaboré une proposition de « diplôme en chandelier ». Proposition reprise par le PCF. Depuis c'est le statut quo, le ministère refusant l'instauration du diplôme en chandelier et considérant la spécialisation comme trop chère.

Ainsi la MISMAP, en proposant « une orientation spécifique aux étudiants infirmiers... en reconnaissant une spécialisation en psychiatrie... », donne le sentiment à chaque camp d'être entendu. Mais si l'idée est là, elle ne propose pas explicitement la mise en place d'un diplôme initial en chandelier. Lorsque, par ailleurs, elle développe le concept de « pratiques avancées » pour les infirmiers, cela peut comprendre la possibilité pour certains infirmiers (spécialisés !) d'effectuer des actes médicaux. Ce qui permettrait de pallier à la disparition des psychiatres hospitaliers. Et ainsi la spécialisation ne serait plus un coût, mais une économie. Cela ne comblerait pas le déficit de formation initiale des infirmiers, mais pourrait laisser croire à une reconnaissance des compétences de certains d'entre eux. Sauf que là encore ce serait un renforcement d'une conception du soin centrée sur le traitement au détriment de la relation thérapeutique.

Il s'agit bien là d'une fausse bonne solution. En tout cas, cela relance le débat ! Nous considérons qu'il est impossible de revenir à une psychiatrie soucieuse de la personne, centrée sur la relation thérapeutique et non sur l'éradication du symptôme, si tous les soignants exerçant en psychiatrie n'ont pas une formation spécifique.

Si spécialisation infirmière il doit y avoir, c'est du côté de la reconnaissance de la fonction psychothérapique. Et cela ne doit pas viser à pallier à la disparition programmée des psychiatres hospitaliers. Il est tout aussi indispensable de rétablir un internat spécifique en psychiatrie et d'augmenter le nombre d'internes, avec une formation fondée là aussi sur la clinique, la psychopathologie et l'approche psychothérapique et non plus essentiellement fondée sur le DSM et la chimiothérapie.

Ces enjeux ne sont pas corporatistes, mais il s'agit bel et bien d'enjeux de société, particulièrement de la manière dont l'humain est considéré dans notre société actuelle.

À nous de nous faire entendre !

DES CHIFFRES

85

C'est le nombre de personnes les plus riches de la planète qui ont à elles seules autant de patrimoine que 3,5 milliards de personnes, soit la moitié de la population mondiale.

Humanité dimanche du 30/01/2014

94

C'est le pourcentage d'IVG qui deviendront illégales en Espagne si la loi passe.

Justa Montero

militante du mouvement féministe espagnol

Humanité dimanche du 06/02/2014

554

C'est le nombre de maternités que comptait la France en 2008 contre 1369 en 1975.

Humanité du 08/02/2014

4000

C'est le nombre de maternités que comptait la France en 2008, contre 1369 en 1975.

Humanité du 08/02/2014

30 000

C'est le nombre d'enfants sans abri en France d'après le rapport de la Fondation Abbé Pierre.

Humanité du 08/02/2014

64

C'est en pourcentage le nombre de Français qui jugent normal que la France consacre un tiers du revenu national au financement de la protection sociale.

enquête institut BVA pour la DRESS

février 2014



3 QUESTIONS À Laurence Cohen sénatrice du Val-de-Marne

Comment voyez-vous la situation au sein du service public hospitalier à l'heure actuelle ?

Le service public hospitalier est mal en point. Cette situation est le résultat pour une grande part de la loi HPST, adoptée en 2009, qui a eu pour objectif de transformer l'hôpital en entreprise.

Les fermetures d'établissements ou leurs regroupements, les suppressions de services, de lits se sont multipliées, rendant l'accès aux soins de plus en plus difficile. Les maternités ont été particulièrement touchées, et avec elles les centres d'interruption volontaire de grossesse.

Je citerai quelques chiffres pour illustrer mon propos : entre 2003 et 2011, le nombre de lits d'hospitalisations a chuté de 12%. Le nombre de maternités est passé de 1369 en 1975 à 554 en 2008. Le géographe de la santé, Emmanuel Vigneron, démontre très bien que si l'on poursuit avec cette logique, le temps de parcours pour accéder à un établissement de santé va encore s'accroître... avec les conséquences que l'on peut imaginer.

Couplée à un mode de financement inadapté, la T2A, on mesure aujourd'hui les conséquences de ces réformes, avec une logique financière qui prime sur les logiques médicales et sanitaires.

La démocratie sanitaire a également été complètement bouleversée par cette loi avec un rôle prépondérant confié aux



directeurs des ARS, sans aucun contre pouvoir. La mise en concurrence des établissements a guidé et continue de guider la politique mise en œuvre.

À ceci s'ajoute, depuis de nombreuses années, une volonté de réduire les dépenses publiques, avec un ONDAM qui ne donne pas aux hôpitaux les moyens d'assurer leurs missions, un plan social à l'AP-HP qui se traduit par un manque évident de personnels, des conditions de travail dégradées.

La situation est donc très alarmante, d'autant que le gouvernement actuel, malgré ses promesses, poursuit dans la même voie.

Quels sont les objectifs de cette proposition de loi ?

Ce moratoire est un outil permettant de stopper cette hémorragie qui affaiblit le secteur hospitalier. Un rapport de l'Igas souligne qu'aucune évaluation n'a été faite, alors que l'ensemble du territoire national est concerné par ces restructurations, avec des déserts médicaux qui sont en train de s'ancrent dramatiquement.

La France a toujours bénéficié d'un système de santé de qualité, mais si on ne change pas la logique politique qui prime depuis plusieurs années, nous courons à la catastrophe sanitaire.

Quel regard portez-vous sur le rejet par le Sénat de votre PPL ?

Ce vote est très regrettable, c'est un nouveau coup contre le monde hospitalier. Il est difficilement compréhensible de voir que le groupe socialiste qui portait hier, avec nous dans l'opposition, ces propositions, les rejette aujourd'hui.

Malheureusement, Marisol Touraine, ministre de la Santé, a donné le ton en mettant en avant des changements profonds survenus dans la politique de santé publique. Les personnels en jugeront, notamment ceux dont les établissements sont menacés. Je pense à l'Hôtel Dieu, à Bichat-Beaujon ou encore à la maternité des Lilas. C'est pourquoi j'ai voulu lui rappeler que, sous le gouvernement de Nicolas Sarkozy, elle s'était elle-même prononcée en faveur d'un moratoire sur les restructurations.

On nous a reproché dans le débat de prôner le statut quo, de vouloir empêcher toute évolution de l'hôpital... C'est faux. Il n'y a pas d'un côté les modernes et de l'autre les « ringards ». Dans toutes les rencontres que j'ai pu avoir avec des

syndicalistes, les membres des coordinations et collectifs de défense des hôpitaux, des personnels, des élu-es, des usagers, j'ai apprécié la qualité de leurs propositions qui visent à améliorer les conditions d'accès et la qualité des soins. Pourquoi refuser de les entendre ?

Il faut réfléchir ensemble à un nouveau modèle pour l'hôpital public qui respecte les besoins de toute la population en termes d'accès aux soins, d'offre et de continuité des soins sur l'ensemble du territoire.

On a également essayé de nous isoler, or nombreux sont les soutiens qui se sont exprimés publiquement en faveur de notre proposition de loi. Pour nous, ces soutiens sont un point d'appui pour continuer à porter des exigences à partir des besoins des populations à l'échelle d'un territoire et non en raisonnant de façon comptable.

Il nous faut donc poursuivre le débat dans les établissements hospitaliers, et déterminer ensemble les formes d'actions nécessaires pour maintenir et développer un service public hospitalier de qualité. L'idée du moratoire doit grandir pour s'imposer et inverser la logique politique de « l'hôpital-entreprise ».