

Mars 2014

Sud

Hôpitaux de Saint-Maurice

ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE

# Séquestration ou soin ?

## Sous-traitance intensive

Nous constatons actuellement dans nos unités une multiplication des mises en chambres de soins intensifs.

Cette évolution, constatée ici et ailleurs, a été dénoncée encore récemment par le contrôleur général des lieux de privation de liberté mais aussi par le rapport du député Denys Robiliard datant de décembre 2013 et commandité par la commission des affaires sociales.

Selon ce rapport, les professionnels de la santé mentale expli-

quent cela par la baisse du nombre des soignants dans les unités, la féminisation des équipes et le manque de formation des soignants et des jeunes médecins.

Mais d'autres éléments sont à prendre en compte, notamment la dérive sécuritaire en psychiatrie, conséquence directe de la baisse du nombre de lits ces dernières années sans contrepartie suffisante en termes d'alternatives à l'hospitalisation (et donc conséquence indirecte des baisses budgétaires).

La réflexion en terme de DMS (durée moyenne de séjour) ayant poussé de plus en plus de "fous" dans la rue.

**Ainsi, le grand chantier sécuritaire en psychiatrie amorcé en 2008 a accentué cet état de fait.**



## L'éthique comme préalable

En tant que soignants, travaillant quotidiennement avec des personnes atteintes de troubles mentaux, nous avons appris que notre rôle est d'aider ces personnes en souffrance ; nous souhaitons cultiver ce rôle, le défendre.

Ainsi, les DMS, le sécuritarisme policier, les mesures budgétaires ne représentent pas nos valeurs et dégradent nos pratiques.

Ces valeurs que nous tentons de faire survi-

vre, l'institution nous pousse quotidiennement à les bafouer, en particulier autour de l'isolement.

Le problème se pose à tout moment de ce processus de soin. Les personnels masculins appelés sans cesse dans les « renforts » ont tous vécu de nombreuses situations montrant l'étendue du problème.

En premier lieu, l'indication : nous voyons des patients isolés pour des raisons par-

fois ubuesques comme un risque de fugue car l'unité est ouverte, un patient "chiant" (terme apparemment devenu médical pour certaines personnes et désignant un patient ayant trop de demandes), une consommation de cannabis (sans pour autant de troubles du comportement), l'instauration d'un rapport de force avec le patient (ou comment faire adhérer un patient aux soins...) voire un refus de faire de l'ergothérapie (no comment !).

## Une solution de dernier recours ?

---

Pourtant les feuilles de prescription médicale de mise en chambre d'isolement (les fameuses feuilles roses) recensent les principales indications mais l'une d'elles est écrite ainsi : "risque de rupture dans le processus thérapeutique alors que l'état du patient nécessite des soins".

Cet item permet une grande latitude au prescripteur : un refus de traitement devient une indication d'isolement, refuser d'aller en maison de retraite aussi. On isole aussi des patients en hospitalisation libre, sans changement du mode d'hospitalisation (pourtant obligatoire).

Or, ces mises en chambre d'isolement, pas rares du tout, ne répondent absolument pas aux critères définis par l'ANAES et ne respectent même pas la législation.

Certains patients, de façon plutôt adaptée, ne comprennent pas cette violence sans raison qui leur est faite. On en voit même entamer une grève de la faim, seul moyen qu'ils ont pour protester dans leur situation.

Mais le patient est délirant, donc pourquoi prendre en compte ce qu'il veut nous dire...

Plus globalement, on observe une banalisation de l'isolement qui n'est plus utilisé comme une solu-

tion de dernier recours mais comme un "soin" quelconque ne prêtant pas à conséquence. Pourtant, l'extrême privation de liberté que constitue l'isolement ne peut être que traumatique.

À force d'utiliser ce moyen plus ou moins thérapeutique, nous dédramatisons le vécu du patient à sa place. L'ANAES recommande d'ailleurs que les patients puissent exprimer leur vécu a posteriori (de préférence avec un psychologue), ce qui n'est que très rarement fait.

## Isolement intense...

---

Le patient est en isolement, que se passe-t-il ensuite ? Rien "d'intensif".

Le patient est vu par un médecin une fois par jour au lieu des visites biquotidiennes prévues dans les recommandations et même inscrites sur les feuilles de prescription d'isolement.

les soignants souvent ne vont le voir qu'avec les renforts, c'est-à-dire 3 à 4 fois par 24 heures .

L'isolement est réévalué une fois par jour, sauf le weekend, les médecins de garde ne souhaitent pas intervenir dans les prises en charge de leurs collègues, donc le protocole de CSI est renouvelé à

l'identique sans prise en compte de l'évolution clinique.

La visite du généraliste, pourtant recommandé par l'ANAES, devient une visite "si besoin" sur nos fameuses feuilles roses.

## Renforts à la chaîne !

---

Ainsi, les soins intensifs ne le sont pas dans le réel.

Quel bénéfice attend-on pour quelque chose d'être enfermé ainsi ? Le soin intensif se limite à un enfermement quasi-inhumain où la dignité de la personne est mise à mal par des conditions d'accueil indécentes :

une pièce exigüe, souvent avec une température mal régulée, un matelas inconfortable, une chambre plus ou moins propre et un seau hygiénique pour ses besoins.

Nous nous targuons de contenir la violence d'un patient en y répondant par une violence plus grande encore.

La multiplication de ces mises en CSI provoque l'instauration d'un système de renforts très chronophage pour les soignants masculins. En effet, il y a de moins en moins d'hommes dans les unités, souvent exaspérés par ces renforts qui nous donnent un rôle très éloigné de ce pour quoi nous avons choisi ce métier.

Nous sommes obligés de quitter nos unités parfois pendant l'inté-

gralité de notre garde, pour faire la "tournée des chambres d'iso", entraînant parfois une quinzaine d'intervention dans une matinée.

A ce rythme, impossible de prendre du temps avec les patients en soins intensifs : traitement, repas, cigarette éventuellement, entretien médical à la va-vite et au suivant. Pas le temps de savoir pourquoi le patient est là, comment on peut l'aider. Pas le temps de débriefer après notre intervention, quand bien même celle-ci aurait été compliquée.

C'est pourquoi, même si ce terme ne plait pas à notre directeur, nous avons l'impression d'être plus des gardiens de prison que des soignants.

Nous ne voyons pas ce qu'il y a de soignant dans ces pratiques : contenir physiquement et sécuriser, où est l'acte thérapeutique?

À cela s'ajoute une idéologie grandissante parmi certains soignants, renforcée par la formation de ges-

tion de la violence actuellement proposée sur l'hôpital (OMEGA) : les renforts sont là pour ça, doivent être disponibles sur demande, ne doivent pas parler au patient.

On protocolise chaque geste en omettant la singularité de chaque patient, de chaque situation : contenir physiquement et sécuriser, où est l'acte thérapeutique ?



## L'indisponibilité soignante

Pendant ces « tournées de renforts », nous laissons nos collègues, souvent en sous-effectifs.

Or, ce sont tous les patients qui en pâtissent. La disponibilité des soignants s'en trouve diminuée alors que c'est principalement cette disponibilité qui permet de désamorcer de nombreuses situations de crise, et donc le recours à des mesures d'isolement. Nous avons le sentiment d'axer plus notre action sur la gestion de la violence que sur la prévention des situations risquant de l'engendrer.

Globalement, depuis quelques années, nous constatons un manque cruel de personnel soignant dans les unités de soins de l'établissement et cela se traduit donc par un manque de soignants lors des appels à renforts dans les CSI. Ce manque de personnel concerne les infirmiers comme les aides-soignants bien-sûr. En effet, on nous oblige à travailler avec de moins en moins de collègues et cela occasionne souvent (voire tous les jours) une journée type dans une unité d'une vingtaine de

patients où l'on se retrouve à deux soignants (un infirmier et un aide-soignant ou deux infirmiers) ou trois (un infirmier et deux aide-soignants), c'est peu... trop peu pour assurer une qualité et une sécurité de soins suffisantes et ainsi prévenir, entre autres, des montées d'agressivité voire de violence. Avec du personnel formé et en nombre suffisant les équipes pourraient assurer un service de qualité aux usagers en répondant au mieux à leurs souffrances parfois extrêmes, leurs problématiques et leurs attentes. Les raisons, notamment économiques, ces dernières années font que les effectifs se sont réduits avec moins d'embauches et des départs non remplacés. Mais le nombre de patients par unité, lui, est resté le même.

Le manque de personnel est une des causes du trop grand nombre de recours à la chambre de soins intensifs. En effet sans moyens humains supplémentaires, nous n'avons plus que des moyens d'isolement, de dispositifs sécuritaires,

de camisoles chimiques et physiques. Face à un patient devenant trop « menaçant », les soignants trop peu nombreux pour assurer leur sécurité et celle des autres patients, n'auront pas les moyens nécessaires ni le temps à leur disposition pour tenter de désamorcer la situation dans le calme et éviter au patient d'aller en CSI.

Ces soignants dans de (trop) nombreuses situations feront appel aux renforts pour venir leur « prêter main forte ».

Ces « renforts » vont être contraints de laisser leur service (patients et collègues) et interrompre un entretien infirmier, une activité, un soin spécifique afin d'aller aider les soignants en difficulté. Ces situations peuvent se multiplier plusieurs fois sur une journée de travail et occasionnent une mauvaise prise en charge du patient, une méconnaissance des problèmes de ce dernier, une rupture dommageable dans la prise en charge de la personne en demande de soin et bien entendu un sentiment d'échec vécu par le soignant et l'équipe.

## A la recherche de la formation... perdue

---

Le sentiment de frustration et d'échec dans la prise en charge d'un patient par le soignant est, peut être, également lié à un manque de formation dont sont victimes nos collègues nouvellement diplômés ou pas et qui débutent dans la spécialité psychiatrique. La formation psychiatrique des infirmiers (ISP) a été supprimée en 1992 pour aboutir à un diplôme unique polyvalent : Le Diplôme d'Etat.

Seulement, la psychiatrie ne s'apprend pas en quelques semaines. La formation antérieure y consacrait près de deux années sur les trois ans de formation, et permettait d'y acquérir l'enseignement et

la pratique de la psychologie, l'enseignement des sciences humaines et de la psychiatrie. Les infirmiers actuels qui souhaitent exercer en psychiatrie ont besoin que les directions mettent à leur disposition des formations complémentaires, trop coûteuses pour nos gestionnaires, en temps et en argent.

Bien souvent ces formations ont un nombre de places limité et sont proposées de manière anarchique au soignant. Par exemple la formation de gestion de l'agressivité (Omega) proposée par notre établissement est inadaptée et insuffisante, on apprend à un soignant la

manière de « gérer » un patient agressif alors même qu'on ne lui a pas enseigné à « gérer » un patient calme (entretien infirmier, intérêt de l'activité thérapeutique, Relation d'aide...).

Un lot de formations devrait être un passage nécessaire à tout soignant débutant en psychiatrie. La direction a décidé depuis cette année la remise en place du tutorat des nouveaux arrivants.

Tant mieux. Mais est-ce suffisant ? Et qu'en est-il des agents déjà en poste ?

## L'IFSI déformateur

---

L'IFSI de notre établissement a également un rôle important à jouer dans le recrutement et la formation des futurs diplômés. En effet, il n'y a pas de lien avec les gens de terrain pour intervenir auprès des étudiants afin de présenter les spécificités de notre établissement, notre métier.

Rien n'est fait pour donner envie aux futurs professionnels de pratiquer la psychiatrie.

Les formateurs ne sont que trop absents dans les services lorsqu'il y a un étudiant en stage.

Quand ils viennent dans les services, ils voient souvent les étudiants seuls en entretien et ne jugent pas bon de poser des questions, de

demander notre avis sur le parcours en stage de l'étudiant.

Ce fonctionnement est inadmissible de la part de formateurs exerçant sur le site Esquirol et n'aide pas à améliorer la qualité de la formation et le recrutement au sein de notre établissement.

## Quid de la prévention de la violence

---

L'outil de travail de la psychiatrie, contrairement aux autres spécialités, réside essentiellement dans les personnels soignants, c'est leur nombre, en quantité suffisante, et leur formation spécifique qui permettent une prise en charge humaine et efficace des patients.

Le renforcement des équipes soignantes serait déjà une bonne chose, mais aussi l'augmentation du temps médical en intra-

hospitalier. Nous sommes nombreux à constater que les médecins sont moins présents et donc voient moins les patients et les prises en charge n'évoluent pas alors que l'état clinique du patient parfois se dégrade.

Un autre exemple, les traitements ne sont pas suffisamment adaptés pour soulager la souffrance du patient (souffrance liée à la patholo-

gie mais aussi souffrance liée à l'enfermement).

Encore une fois, nous ne sommes pas dans une solution de dernier recours mais dans un sécuritarisme ; de nombreuses situations de mise en isolement pourraient être évitées en réfléchissant les prises en charge autrement.

## Des exigences éthiques, des réponses en toc

---

Lors du rendez-vous au Comité Technique d'Etablissement du 9 décembre 2013 (où étaient présents des représentants des soignants appelés en renforts mais aussi des représentants médicaux) la direction a répondu à ces interrogations de façon insatisfaisante. D'abord ils ont nié le constat véridique que les gens de terrain ont fait, un chef de pôle a proposé l'intervention de la sécurité et des ASH dans les renforts programmés ou la création d'une pseudo-USIP (unité de soins intensifs psychiatriques) qui regrouperait les chambres d'isolement.

Ces solutions ne nous conviennent pas.

D'abord parce que ce que nous défendons c'est la dimension soignante à retrouver autour de la chambre d'isolement. L'intervention de personnels non soignants ne nous paraît pas une solution adéquate mais seulement la pérennisation d'un système que l'on dénonce.

Ainsi, l'intervention de la sécurité ou plus généralement de personnels non formés aux soins en psychiatrie ne peut être acceptée.

D'ailleurs, régulièrement les cadres envoient des étudiants (infirmiers ou aides-soignants) en « renforts » par défaut de soignants diplômés. Ces cadres oublient apparemment que les patients nécessitent des soins accrus et donc de préférence des soignants aguerris. On ne peut pas envoyer n'importe qui, au risque de donner des soins de mauvaise qualité et de mettre en danger ces « renforts » qui découvrent souvent la spécialité psychiatrique et par contre coup les personnes soignées.

En ce qui concerne la création d'une USIP, nos réticences sont triples. D'une part, les hommes seraient plus qu'incités à aller travailler dans cette unité, donc les autres unités seront vidées de leurs hommes.

Pourtant la mixité des équipes est importante pour apaiser les tensions et « gérer » la violence imprévisible de certains patients. Elle laisse la possibilité aux patients d'avoir une équipe riche de plusieurs identités soignantes.

D'autre part, cette USIP créerait une rupture dans les prises en charge : le patient en crise changerait d'unité le temps de la crise en perdant le lien avec son équipe référente.

Enfin, cela solutionnerait-il vraiment les choses ? Les hommes d'un côté, les femmes de l'autre : qui serait appelé pour gérer une agitation dans une unité ?

Les hommes de l'USIP ?

Mais alors qui s'occupera des patients en crise ?

## Nuits solitaires

---

Au final, ce sont les patients qui subissent ces désordres institutionnels. On a tous vécu des situations où ces renforts ont créé des situations absurdes. Par exemple, le seul infirmier de l'unité, forcé par un cadre de garde d'aller en renfort en laissant une vingtaine de patients, pas toujours remplacé par une infirmière d'une autre unité qui, de toute façon, ne connaît ni les lieux, ni les patients. Et ceci même si dans notre unité un patient ne va pas bien. L'autoritarisme de certains cadres de garde, en particulier les weekends, qui sont censés organiser les « renforts » mais qui ne viennent jamais voir

comment cela se passe, est aussi un vrai souci pour les soignants.

Le problème se pose de façon plus aiguë la nuit où l'effectif par unité est d'un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e). De nombreuses situations de « renforts » se présentent la nuit : une agitation, un traitement de nuit, mais aussi un accompagnement aux urgences, un départ au commissariat, au CPOA ou au domicile, pour chercher un patient.

Le travail à deux soignants par unité provoque d'emblée la nécessité de renforts dans toutes ces situations. Par conséquent, la nuit, de nombreux soignants restent

seuls par intermittence dans leur unité. Si le seul homme de l'unité est un infirmier, alors l'unité va rester sans infirmier, et l'aide-soignante se retrouve seule avec la responsabilité d'une vingtaine de patients. Inversement, quand on doit aller chercher un patient en SPDRE à l'extérieur, régulièrement un aide-soignant peut être envoyé seul. Cela pose un problème légal (absence d'infirmier dans l'unité, soignant seul dans une unité, etc.) et un problème de sécurité évident avec des patients parfois agités ou simplement angoissés et nécessitant la disponibilité d'un soignant.



## Une logistique ubuesque

---

De jour, pendant les « tournées de renforts », les unités ne sont souvent pas prévenues de notre arrivée donc rien n'est prêt et nous perdons un temps énorme à chaque intervention. De plus, les pratiques sont très différentes d'une unité à une autre. Certaines acceptent que le sas de la CSI reste ouvert (pour permettre un accès aux toilettes quand l'état du patient le permet), certaines refusent que le patient fume dans la CSI, etc. On assiste parfois à une prise en charge confuse et désorganisée.

Il y a des disparités de pratiques mais aussi de moyens logistiques. Sur les dix CSI que compte l'hôpital, aucune ne se ressemble. Un tiers des chambres ont de vieux lits en ferraille, inconfortables et dangereux en cas d'agitation : on se fait mal en essayant de maîtriser un patient, ce n'est pas adapté à la contention si on doit la pratiquer. La plupart des chambres sont exiguës (il arrive que tous les renforts ne puissent pas rentrer dedans), leur accès par les sas étroits ne permet pas une entrée rapide des « renforts ». La ventilation est rarement efficace et les fenêtres sécurisées ; par conséquent, l'odeur y est vite insoutenable. Surtout

que la plupart du temps les patients doivent utiliser des seaux hygiéniques qui ne sont vidés que lors de nos passages 3 à 4 fois par 24 heures. Chauffage et climatisation sont également peu efficaces, si bien que la température peut osciller entre 10°C l'hiver et 40°C l'été.

Une CSI a même un faux plafond accessible assez facilement cachant des gaines électriques. Il est arrivé qu'un patient nous attende en brandissant ces câbles encore alimentés en courant électrique. Une autre a des tuyaux métalliques apparents (quand on a eu à faire à un patient en crise, on sait que cela peut devenir une arme).

Une seule CSI a un support en mousse pour poser le repas, les autres mangent sur leur lit voire par terre. Les sas ne comportent pas toujours un WC et une douche, nous sommes donc parfois obligés de traverser tout un service avec un patient parfois très agité pour assurer son hygiène. Sans parler de la vétusté générale que l'on connaît dans beaucoup d'unités, y compris dans les CSI.

D'autre part, l'institution ne nous fournit pas les outils matériels

pour travailler dans de bonnes conditions : les contentions non adaptées aux lits (et pas de formation sur leur utilisation), pas de contention pour transférer un patient d'une unité à une autre (nous obligeant à bidouiller le matériel dont on dispose).

Les DATI, très décriés, censés être un moyen d'appel d'urgence, posent plus de soucis qu'ils n'en résolvent. De nombreux appareils sont défectueux, il n'en reste plus assez pour chaque soignant, la verticalité non respectée déclenche une alarme automatique en dix secondes (or quand on fait un soin, on peut être amené à se pencher), le système se déclenche parfois sans raison, l'alarme affiche le numéro de porte de l'unité (tout le monde ne les connaît pas par cœur) voire un numéro de balise (dont personne ne connaît la correspondance). Conséquence : quand une alarme se déclenche, les autres unités sont obligées d'appeler pour vérifier la véracité de l'alarme et le lieu, mais en cas d'agression, a-t-on le temps de répondre au téléphone ?

## Des légèretés irresponsables

---

Pour l'encadrement, ces soucis logistiques n'ont pas l'air très grave. Pour exemple, après la réfection d'une CSI faisant suite à un incendie, la réouverture de la CSI a eu lieu avant même la fin des travaux, nous obligeant à travailler dans des conditions d'insécurité pour le patient et pour les soignants ayant conduit à un accident de travail.

On ne peut que noter la légèreté de l'encadrement et la négligence de la direction au vue de la situation. Et cela ne paraît pas s'arranger.

D'ailleurs, la mise en place de barrières dans tout l'hôpital ne risque-t-il pas encore de compliquer nos interventions en urgence ?

Espérons que cela ne soit jamais indirectement la cause d'un accident de travail grave, parce que les renforts auront été retardés aux passages de ces barrières.

## La parole soignante bâillonnée

---

En plus de devoir abandonner nos unités pour assurer des prises en charge qui nous pose des problèmes éthiques évidents, nous souffrons aussi du manque de considération de l'encadrement.

En effet, la "méprise en compte" de nos remarques, de notre regard de professionnels, la négation de notre capacité d'évaluation des situations, l'absence de poids de notre opinion quand bien même elle est étayée, est un constat quotidien d'un désir de plus en plus affiché de nous réduire au simple rôle d'exécutant. On nous impose de faire des « renforts » notre quotidien, mais on ne reconnaît pas notre expérience acquise dans ce

domaine : nous ne sommes apparemment pas aptes à évaluer le nombre de « renforts » nécessaires pour intervenir en CSI en fonction du patient, nous n'avons pas le droit d'émettre une opinion sur une prise en charge que l'on doit pourtant mener ; d'ailleurs nous ne sommes même pas capables d'évaluer les besoins des patients de nos propres unités en terme de nombre de soignants.

Cette capacité d'évaluation est tellement dénigrée que beaucoup de soignants commencent ainsi à douter qu'elle existe. Le rôle propre de l'infirmier est mort, vive le rôle prescrit !!! - même si celui-ci vire à la déraison.

L'institution entière se trouve dans une dynamique où l'abus de l'isolement et le recours intempestif à des « renforts » (qui se doivent d'être dociles) est devenu une normalité.

## Un silence coupable

---

A partir de ce constat, fait par de plus en plus de personnels, des soignants majoritairement masculins (mais pas uniquement) se sont réunis pour évoquer nos difficultés dans ce domaine. Quelques-uns d'entre eux sont intervenus au CTE en décembre dernier en tant qu'invités, en présence d'un représentant médical de chaque pôle (dont trois étaient chefs de pôle).

Les chefs de pôle ont reconnu l'existence du problème (tout en indiquant que ces pratiques n'avaient pas lieu chez eux, bien sûr !!!) mais peu de solutions ont été proposées, toutes insatisfaisantes. Le CTE a conclu cet échange (peu constructif) sur l'idée de créer un groupe de réflexion sur ce sujet, avec des personnels médicaux et paramédicaux.

Suite à ce CTE, notre organisation syndicale a relancé la présidente de la CME, le directeur, la directri-

ce des soins pour la mise en œuvre de cette commission de travail, réunissant ces derniers ainsi que des membres du CTE, du CHS-CT, des professionnels soignants, qu'ils soient acteurs de ces interventions « en renfort » ou en position de rester seuls dans leur unité en l'absence de ces derniers, des cadres de santé, en charge d'organiser ces « renforts » y soient également associés. Nous avons rappelé le cadre de ce travail, qui se doit de répondre à la souffrance éthique des soignants, à savoir :

- Une réflexion sur les pratiques et la prévention des comportements susceptibles d'entraîner une mise en isolement.
- Une réflexion sur le recrutement, la formation et les outils logistiques (DATI, protocole de mise en chambre d'isolement,...).

Après une seconde relance, nous avons eu connaissance de la mise en place d'un groupe de travail

missionné par le directeur mais sans représentants du personnel.

Ces derniers seront simplement auditionnés, s'ils en font la demande, mais ne feront pas partis de cette réflexion. Ce groupe se veut restreint alors que le ras-le-bol est vaste au sein des soignants. La direction et l'encadrement médical n'ont pas l'air décidé à traiter ce sujet avec toute son importance.

Nous ne souhaitons pas continuer à travailler dans ces conditions où l'on nous impose de mettre en œuvre des prises en charge tant inhumaines qu'incohérentes. Mais nous ne lâcherons pas l'affaire, il en va de l'intérêt des patients à être soignés dans le respect de leur dignité, et de la fierté des soignants, ni aux HSM, ni partout en France !

## Au niveau national, multiplication des conflits

---

*En effet ce que nous dénonçons aux HSM est aussi une réalité dans l'immense majorité des établissements spécialisés en psychiatrie. Les personnels soignants dénoncent leurs conditions de travail qui impactent directement et violemment les pratiques et la qualité des soins. Les plans d'économie font des personnels la principale variable d'ajustement : suppressions de postes dans le cadre de fusions ou restructurations, non remplacement des départs, précarisation des contrats de travail, réorganisation des horaires réduisant à peu de chagrin les temps de transmissions et de réflexion entre les équipes, suppression de RTT, lissage des plannings imposant les congés... Ici ou là, à tour de rôle, les équipes s'organisent, se mobilisent pour dénoncer le retour à l'enfermement que génère l'insuffisance de personnel, aggravé par une formation insuffisante, médicale et paramédicale. Quelques exemples :*

**A Cadillac (UMD)**, après l'agression d'une infirmière, un mouvement social a permis de revenir à un « effectif de sécurité » de 4 infirmières par tranche horaire de jour pour 19 patients. Plus largement le mouvement a ouvert une réflexion plus large sur l'organisation des soins, l'aménagement des locaux et un plan de formation exceptionnel.

**A Caen**, un collectif de défense du soin en psychiatrie, auquel SUD participe dénonce les restrictions budgétaires dans tous les établissements psychiatriques et les risques encourus par les patients et salariés. Après une lutte exemplaire et victorieuse (retrait des mesures d'économies), nos collègues appellent à une mobilisation nationale de la psychiatrie.

**A Montauban**, une intersyndicale dénonce l'absence de crédits pour les dépenses de personnel et le fait que les soignants se retrouvent parfois seuls sur un poste au lieu des 2 ou 3 prévus. Dans le cadre d'un plan d'économie régionale, l'ARS (Agence Régionale de Santé) veut priver l'hôpital de 265 000 euros par an pendant 5 ans.

**Dans le Nord**, à l'EPSM Lommelet, la direction a présenté au comité technique paritaire un projet budgétaire qui fait état de 20 postes (équivalents temps pleins) supprimés, venant en plus des 15 qui ont déjà été rayés des listes l'an dernier. Les collègues témoignent : « *Dans les services, on assiste à une recrudescence de la violence parce qu'on manque de personnel ; quand on est moins nombreux, on n'arrive plus à faire baisser la tension. C'est comme ça qu'un infirmier s'est fait casser le nez il y a quelques jours* »...

**A Paul Guiraud Villejuif**, dans notre département, le CHS-CT, majoritairement tenu par le syndicat SUD, dénonce les restrictions que la direction impose, faisant tomber les effectifs de l'UMD Henri Colin « en deçà des effectifs de sécurité ». Conséquences : repas pris en chambre plutôt qu'en self, annulation des entretiens médicaux et sociaux, suppressions des activités d'ergothérapie, arrêts des visites des familles et des communications téléphoniques. Une telle situation est de nature à faire monter la tension, chez des patients qui souffrent de graves troubles psychologiques. Le personnel se trouve donc par voie de conséquence exposé à un risque de situation dangereuse, à une dégradation des conditions de travail et à une réduction de la qualité de la prise en charge des patients.

**A Novillars** (Doubs), les employés du centre hospitalier spécialisé dans la psychiatrie protestent contre la dégradation de leurs conditions de travail et ont bloqué l'entrée de l'établissement pendant deux heures. Le motif de la colère « C'est assez simple, on nous supprime des jours de RTT en réduisant nos temps de présence quotidien. Cela fait du repos en moins pour les salariés qui en ont besoin. C'est aussi du temps d'échange au moment de la prise de fonction qui est réduit. Les perdants, ce sont nous, les salariés, mais aussi les malades. »

**A Rennes**, 200 salariés du Centre Hospitalier Guillaume Régnier, réunis en intersyndicale SUD, CGT, CFDT, ont bloqué l'entrée de l'hôpital pendant plus de 2 heures en réponse au plan d'économies. Le directeur a annoncé qu'il était prêt à supprimer 10 RTT, à passer les déroulements de carrière à la durée moyenne. Déjà, avant le début même des « négociations », de nombreux postes de contractuels ne sont pas renouvelés, des départs en retraite non remplacés, les remplacements de congés maternité sont passés de 1 sur deux à 1 sur trois.



# UNE ASSEMBLEE GENERALE NATIONALE

## Vendredi 4 AVRIL 2014 à CAEN

---

Cette liste est loin d'être exhaustive : Gourmelen, Lannemezan, Alone, Aix en Provence, Nice, Toulouse (...) des foyers n'en finissent pas de s'allumer. La ministre de la santé, Marisol Touraine, assure être parfaitement consciente de la tension qui s'exerce dans les établissements psychiatriques. Elle a déclaré être extrêmement attentive à la situation des personnels soignants dans les unités psychiatriques. Le gouvernement "fera en sorte que la santé mentale soit reconnue au titre des priorités de santé publique dans notre pays" et que la nouvelle loi donne lieu à une réflexion sur l'organisation des soins et la prise en charge des patients, mais également sur les pratiques des professionnels.

Parce partout nous vivons les mêmes dégradations et le retour à l'enfermement, nous devons nous organiser partout, en même temps, coordonner les luttes pour défendre notre vision politique du dispositif contre sa dérive essentiellement sécuritaire. Les collègues de Caen récemment en lutte, soutenus par une intersyndicale SUD Santé sociaux et CGT appellent les personnels, syndiqués ou non, en lutte ou non, à participer à la mobilisation.

Des représentants de l'équipe SUD Santé sociaux des HSM participeront à cette AG parce qu'il y a, à côté des luttes locales que nous pouvons mener, une nécessité de coordonner l'ensemble des hôpitaux pour construire une réponse nationale aux problèmes posés. Parallèlement, dans le cadre d'une loi annoncée « avenir de la psychiatrie et santé mentale », nous portons pour la psychiatrie la plate-forme revendicative suivante :

- \* ***Embauche des effectifs soignants qualifiés nécessaires. Mise en place d'une filière d'études paramédicales, approfondissant la spécificité de l'exercice en psychiatrie. Mise à disposition de moyens aux jeunes embauchés pour se former.***
- \* ***Attribution des moyens financiers et politiques pour permettre aux secteurs et aux SMPR de remplir leurs missions.***
- \* ***Redonner de l'attractivité par la revalorisation des carrières soignantes par le salaire, l'autonomie et la responsabilité la relance des formations en promotion professionnelle.***
- \* ***Reconnaître la supervision comme un outil thérapeutique « de base » et en donner les moyens aux équipes.***
- \* ***Analyser, continuer, et améliorer la politique de secteur, garante de la continuité et de la cohérence des soins pour une population donnée.***
- \* ***Repenser le dispositif de chaque secteur comme l'animateur et le cœur d'un réseau à partir de la cité, avec les partenaires sanitaires, sociaux, médico-sociaux présents sur les territoires concernés, avec les élus et les usagers et leurs familles. Il faut pourvoir aussi transitoirement à la***
- \* ***réouverture de lits et places pour diminuer la pression de la demande.***
- \* ***Abroger la loi du 5 juillet 2011 en mettant en place une réelle concertation.***
- \* ***Débloquer des moyens pour restructurer et entretenir les bâtiments abritant les activités hospitalières et ambulatoires.***
- \* ***Mettre fin à la loi HPST, à toute tentative de mise en place de tarification à l'activité et autre RIMPsy et garantir une répartition des moyens en fonction des besoins.***