



**Fédération de la Santé et de l'Action Sociale (FSAS-CGTG)**

**MEMORANDUM REVENDICATIF**  
***SUR LE PROJET DE PSYCHIATRIE UNIQUE***  
***EN GUADELOUPE***



## Notre constat

Pour rappel, dès 2013 l'ancienne Directrice Générale de l'ARS comptait urgemment (juste avant son départ) faire fusionner la psychiatrie en Guadeloupe. Mais un préalable est absolument nécessaire à toute mutation structurelle de la prise en charge psychiatrique : *la psychiatrie Guadeloupéenne doit être au service de la santé mentale des Guadeloupéens.*

Si, sur le fonds, la FSAS-CGTG ne peut qu'abonder dans le sens d'un seul et grand service publique de psychiatrie sur l'archipel, elle se méfie des décisions technocratiques surtout quand elles sont hâtives. c'est le flou artistique sur tout. Nous avons deux années et demi pour préparer cette "intégration" au travers d'un vrai projet pour un quasi nouvel établissement. Les intérêts de chacun, divergeant, nous avons couru après une date butoir imposée (1er Janvier 2016) par l'ARS en naviguant à vue. L'ARS Nous nous doutions, bien avant 2013, que cela devait arriver pour plusieurs raisons :

- ✓ Sur le plan national, il est reconnu que les services de psychiatrie intégrés aux centres hospitaliers généraux était une complication dans le système soignant.
- ✓ L'arrivée de la tarification à l'acte en MCO, que nous dénonçons par ailleurs puisqu'anti-service publique, compliquait encore plus les choses. Le financement étant différent, la tentation était grande de rendre fongible l'enveloppe psychiatrique pour boucher les "trous" en MCO, au dépens de la qualité du soin psychiatrique.
- ✓ Le système néolibéral, dans lequel nous baignons depuis une quarantaine d'année, est générateur de multiples troubles et pathologies au point que la seule réponse qui est donnée passe par le sécuritaire. Pour ce faire, il faut mettre les moyens spécialisés et centralisés à seule fin de contention des "nouveaux fous". Cette tendance a débutée avec la politique de l'ancien Gouvernement, si la loi santé du gouvernement "Hollande" semble adoucir la tendance, les faits montrent qu'il n'en est rien.

La santé mentale en Guadeloupe a de ça en elle, qu'il n'est pas facile pour tout le monde d'aller voir son psychiatre comme on vas voir son ophtalmologiste. Cette réalité s'adjoint aux nouvelles pathologies, conséquences du système économique, mais aussi à la propension du DSM (Nous en sommes au numéro 5 depuis 2013) a vouloir "*pathologiser*" tout et n'importe quoi comme pour créer de nouveaux marchés. C'est à croire qu'à l'arrivée de la VAP (Valorisation de l'Acte en Psychiatrie, la future T2A de la psy), il y aura des pleurs et des grincements de dents. Cette matérialité du fait social guadeloupéen, nous enjoint à réfléchir sur des réponses à donner, en tant que professionnels de la santé mentale, mais pas à n'importe quel prix. La FSAS-CGTG s'est déjà prononcée clairement pour une homogénéité territoriale de la prise en charge en santé mentale. Dans les années 1990, un grand combat avait été mené (entre autres par la CGTG) pour améliorer la psychiatrie en Guadeloupe et sortir, enfin, de l'ère asilaire.

Dans les années 2000, sous l'impulsion de l'ARH de l'époque et en application du principe qu'un CHRU digne de ce nom ne peut se passer d'un service de psychiatrie, on décide de d'"offrir" au CHU tous les secteurs relevant de la Grande-Terre, soit les G04-G05 et G06 ainsi qu'une pédopsychiatrie afférente. Des projets de création de services nouveaux (et de création postes) sont restés sur le papier (Centre d'accueil d'adolescents en crise, HAD Psychiatrique de 30 places, des appartements thérapeutiques (28 places pour les deux Etablissements), une gérontopsychiatrie sans compter le financement de la construction des nouveaux bâtiments du CHU fondé sur une méthode peu orthodoxe dans la logique de

service publique .... Bref, la manœuvre s'est faite dans des conditions financières qui laissent encore des traces dans les postures des Directions respectives.

Aujourd'hui, au nom de la "rationalisation", on estime qu'il faille donner du sens et de la cohérence à cette pratique médicale qui ne relève pas de la tarification à l'acte (T2A), du moins jusqu'à l'arrivée de la V.A.P. (valorisation de l'acte en psychiatrie). La discussion a débuté depuis deux années, entre l'ARS et les deux Directions, en passant par un audit diligent pour connaître les conséquences, le coût et les voies et moyens du transfèrement administratif.

Entre temps, le CHM a réduit, en trois ans, un déficit qui serait dû au premier transfert (physique) sur le CHU. Cette gestion drastique, réalisé essentiellement sur le poste "personnel", singulièrement praticiens hospitaliers et autres soignants, a créé une situation comptable ubuesque, par les temps qui courent, il semble que le CHM soit l'un des hôpitaux de France les "mieux gérés". Mais cette gestion "managériale" a des conséquences sur le quotidien des soignants et des patients :

- **Une dégradation des conditions de travail**, conséquence de la rigueur budgétaire, entraînant une dégradation continue des relations de travail, comme partout ailleurs. La psychiatrie est une discipline qui fait appel à la relation humaine dans la phase équilibrée, or une technicisation alliée à une distanciation pseudo professionnelle - une juridicisation à outrance - et une désubstantialisation des métiers sont en cours et en train de la déshumaniser.

- **Une pénurie organisée des moyens des prises en charges** des patients (sorties et actions socio-éducatives de moins en moins utilisés). Les professionnels ne s'y retrouvent plus et plongent dans la tétanie, interprétée inopinément comme de la résistance au changement. L'effet immédiat est l'opposition entre usagers, parents d'usagers et professionnels. Si la démocratie sanitaire est une complémentarité à la citoyenneté des patients, elle semble devenir une arme tournée contre les professionnels.

- **Le manque de soignants** par la perte d'une centaine de postes de soignants et d'une dizaine de postes de P.H. (En dehors d'un manque inhérent au mode gestion imposé, il y a des démissions et retraites exponentiels depuis que Montéran est dans la dynamique comptable stricto sensu).

- **Des glissements de tâches dangereux** augurant une volonté de déqualifier les métiers et de généraliser la polyvalence, un retour en arrière que l'on présente comme une nécessaire "modernisation".

- **Des patients critiques** (SDF, addictes, précaires) pris en charges superficiellement voire à la vas-vite, logique comptable oblige, sans véritable projet personnalisé. La conséquence de cela est le plongeon des patients dans un cercle vicieux qui n'ouvre aucune perspective à leur stabilisation.

A cela, il faut ajouter **L'opacité sur le financement du retour administratif de la psychiatrie du C.H.U. vers le Centre Hospitalier de Montéran**. Un projet, certes logique, mais qui fait l'objet d'un jeu d'intérêts entre Centres Hospitaliers avec la menace permanent et voilée d'une décision imposée par l'ARS sans les moyens nécessaires. Le bâtiment neuf de la psychiatrie du C.H.U. est déjà vétuste, il faudra rénover, qui paiera ? Le CHU est-il en mesure de régler l'amortissement de ce bâtiment de 2008 à 2015 ?

## Nos revendications

La FSAS-CGTG réaffirme que **la psychiatrie Guadeloupéenne doit être au service de la santé mentale des Guadeloupéens** et cela passe par un vrai projet territorial de santé mentale qui tienne compte de :

- Un bilan du dernier plan santé mentale et l'avancement du nouveau plan.
- La réalité socioculturelle pour l'approche thérapeutique.
- La réalité sociale, se projetant sur le vieillissement de la population, y compris celle touchée par les pathologies mentales, ce qui sous-tend une gérontopsychiatrie à la hauteur et en bonne articulation avec la gériatrie et la gérontologie (singulièrement avec le futur C.H.G. Jacques Salin, les EPHAD) mais aussi avec les SSIAD, les Services à la personne, les IDE libéraux, les médecins de ville...
- La réalité géographique en cas de redéfinition sectorielle et de révision des lieux de prises en charge dans la cité (hôpitaux de jour, centre médico-psychologique...). Il semble évident qu'il faille adapter les cursus de prise en charge avec la nouvelle réalité des intercommunalités et de la bipolarisation archipélagique.
- La réalité professionnelle (Ressource Humaine) pour la prise en compte des orientations de prise en charge, tant qualitative que quantitative. La tendance à vouloir utiliser les hommes et les femmes à bon escient économique casse la toute dynamique novatrice et humaniste. La méthodologie de gestion des agents sur tout le territoire doit écarter le "management", véritable antithèse de toute organisation ou toute action fondée sur l'humanisme.
- La capacité novatrice permettant aux femmes et aux hommes du terrain d'être réactifs aux besoins pour dignement accompagner les patients.

- La mise en place d'un vrai réseau entre le sanitaire et le médico-social pour assurer un suivi permanent des problématiques : C.H.R.S., SAMSAH, Services à la personne.
- La réalité d'un terrain à contre-courant de la vision pseudo comptable, réalité qui exige que les moyens soient donnés pour assurer une vraie prise en charge.

## Nos arguments principaux

### ❖ **A propos de la territorialité de la prise en charge :**

Il faut lutter contre l'inégalité de l'accès au soin sur tout le territoire, îles du sud comprises. Cela passe nécessairement par la prise en compte des nouvelles entités juridico-géographiques que sont les communautés des communes. La solution la plus probante serait que les six communautés correspondant à six secteurs, permettant une articulation locale de l'action sanitaire (Réseaux, prise de décisions, inclusion proximale...). Une unicité de la pédopsychiatrie s'impose dans une perspective plus globale mais avec une réalité physique en Grande-Terre et à Basse-Terre. A cela, il faut rajouter la révision de la polarisation car, cette dernière, s'est plaquée sur les secteurs existants mais crée des barrières inutiles entre services, deux pôles soins sont possibles : l'une autour des secteurs de la Grande-Terre et l'autre autour des secteurs de la Basse-Terre. Les pôles, tels qu'ils sont aujourd'hui, ne coopèrent pas et n'harmonisent pas leurs pratiques.

### ❖ **A propos de l'humanisation de la prise en charge :**

L'hôpital, et même les pôles dans leur relative autonomie, sont dans une logique entrepreneuriale ce qui les oriente vers une prise en charge que nous qualifions d'ultra légère, au vu des moyens moindres et de l'écartement sournois des psychothérapies et sociothérapies jugées trop chères et inefficaces. Cette tendance génère le sentiment, chez les professionnels dépités, de faire du gardiennage. S'y adjoint la judiciarisation des actes et la grande difficulté des professionnels, de corps de métiers différents, de se reconnaître l'un et l'autre et de combiner leurs compétences respectives dans l'intérêt des usagers. La psychiatrie est pluri professionnelle et pluridisciplinaire, son efficacité dépend de la bonne articulation de tous corps de métiers. Les réunions de synthèse n'ont plus de sens si ce n'est pour confirmer l'orientation prédéfinie. Ce fonctionnement mécanique devient pathogène pour ceux qui sont sensés accompagner des patients. Il faut revenir à un fonctionnement dynamique et humain qui laisse place à l'expression et à la novation. Le temps est le meilleur des traitements en psychiatrie, vouloir y appliquer l'adage idéologique "*le temps c'est de l'argent*", c'est faire montre d'incohérence et aggraver les pathologies.

Nous constatons, en outre :

- Que les chambres d'isolement sont non conforme.
- Que l'environnement autour des bâtiments est mal sécurisé (trafic de stupéfiants).
- Que face à une "nouvelle population" de patients, les réponses sont inadaptées et les parcours de soins sclérosés.
- Une médico socialisation rampante qui, à l'origine, devait offrir un plateau de service dans la cité mais devient, progressivement, un moyen de dégraisser l'hospitalisation à bon coût.

❖ **A propos de la formation des professionnels :**

Les diplômés, des soignants et comme des éducatifs, deviennent de plus en plus techniques, voire technocratiques, et s'éloignent de la réalité du terrain de la psychopathologie et, bien-sûr, les réponses efficaces comme la réhabilitation sociale risquent de sombrer sous le coup d'une obsolescence programmée. Quant à la formation continue, elle est inadéquate parce que ne répondant plus à aucune vraie nécessité au chevet du patient. Nous assistons même, déjà, à une "externalisation" de la prise en charge de par les activités assurés par des personnes extérieures, considérés comme moins coûteux, sans aucun bilan ni perspective pour les usagers. Cette pratique évite d'avoir à former et à offrir de nouvelles compétences aux professionnels existants.

❖ **A propos de la mutualisation des moyens :**

Elle est imposée et non réfléchie mutuellement et commence à montrer ses limites au travers, pour exemple de la difficulté de fonctionnement de la pharmacie inter hospitalière de Basse-Terre, quid de l'intégration de la Psychiatrie de la Grande-Terre.

## Nos avertissements

**La FSAS-CGTG** rappelle que ce projet créera, inéluctablement, le deuxième Centre Hospitalier de la Guadeloupe après le Centre Hospitalier Universitaire. Ce n'est donc pas comme ouvrir un simple cabinet médical.

**La FSAS-CGTG** réfute les arguments pseudo-économiques qui déterminent les choix et orientations sanitaires, encore plus en psychiatrie. En organisation syndicale responsable,

elle appelle les agents de la psychiatrie à défendre une santé mentale au service des patients de la Guadeloupe.

**La FSAS-CGTG** exige que les professionnels soignants du service de psychiatrie du CHU et du CHM soient les premiers consultés pour construire une nouvelle psychiatrie pour la Guadeloupe.

**La FSAS-CGTG** appelle les travailleurs de l'ensemble de la psychiatrie à se mobiliser contre toutes tentatives de nous fourguer une psychiatrie "fast-food" qui n'aura pour seul objet que de donner l'impression, de par des chiffres interprétés à bon escient, d'une prise en charge optimum avec peu de moyens. Cela passe par leur organisation au sein de la CGTG, organisation syndicale de lutte de classe défendant les travailleurs et l'idée d'une société humaine et intégrative.



4, Cité Artisanale de Bergevin , 97110 POINTE-A-PITRE Portable : 0690.28.19.86

Confédération : 0590.82.34.61 / 90.11.43

U.L. De Basse-Terre : 0590.81.61.76, Fax : 0590.91.04.00

Courriel : [fsas.cgtg@laposte.net](mailto:fsas.cgtg@laposte.net)

N° SIRET : 798 550 497 00019