

La LETTRE du

Numéro 18 - Mai 2020



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

COVID-19

LA PSYCHIATRIE FACE À LA CRISE DU COVID-19

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE METZ

1^{er} - 4 octobre 2019

Éditorial

Dr Isabelle Montet - Secrétaire générale SPH



Ce 18^e numéro de la lettre SPH qui aurait dû paraître il y a plusieurs mois déjà devait à l'origine être dédié à l'Assemblée Générale syndicale 2019 qui s'est tenue à Metz, en lien avec le congrès de la SIP sur le thème « Les émotions ».

La crise sanitaire mondiale et sa capacité à écraser toute autre actualité en ont décidé autrement : le coronavirus qui bouleverse avec nombre de certitudes, le cours des activités des nations, donne aussi le ton pour motiver des résolutions politiques inédites aux conséquences incertaines qui dépassent le cadre de la politique sanitaire. Il aurait donc été anachronique de ne pas laisser une place à la manière dont la psychiatrie se débrouille avec cette tourmente mondiale, le « corona virus disease 2019 ».

Si les « corona réflexions » n'en finissent pas de rassembler projections pessimistes ou élans révolutionnaires, analyses aux conclusions éphémères, recherches de responsables pour combattre les effets de sidération, de colère et de peur, le monde hospitalier a dû se concentrer, lui, sur l'urgence et l'action.

Les services de psychiatrie publique et les secteurs ont su se réorganiser, s'adapter, inventer. Spontanément et sans s'attarder sur les défauts de prise en compte des spécificités de la psychiatrie, sans attendre que le niveau national en pose le cadre, et bien souvent dépourvus de matériel par une mise en concurrence involontaire avec les services de médecine et de réanimation.

C'est ce que vous trouverez dans les pages qui suivent.

Les résultats restent inconnus : est-on en droit d'interpréter favorablement le constat qu'au niveau national, le nombre de patients admis dans des « unités covid psy » rapidement créées, est heureusement modéré proportionnellement au nombre d'hospitalisations ? Faut-il déjà redouter les 2^e ou 3^e vagues de conséquences de l'infection sur des patients qui n'ont pas encore été repérés, victimes prévisibles des comorbidités et des effets psychiques du confinement prolongé ? Peut-on déjà dénoncer les effets de restriction des libertés pour les patients soumis aux risques d'excès autoritaires que justifierait l'état d'exception sanitaire ?

On pourra remarquer que c'est la période que le Conseil d'Etat a choisi pour rejeter tous les recours, parmi lesquels celui du SPH contre le décret du 6 mai 2019, validant l'usage du fichier Hopsyweb et du fichage des patients pour des motifs sécuritaires.

Chacun pourra constater que des décisions de sécurité sanitaire sont prises dans les établissements privés de réunions des instances pour respecter les obligations de « distanciations », plus ou moins guidées par les ARS : il est bien temps que les cellules de crise qui concentrent les pouvoirs pour réorganiser sans débats ce qu'un projet médical d'établissement aurait mis des mois à bâtir, suscitent vigilance et contre-pouvoirs.

Opportunistes ou convaincus, les férus de refondation et autres modernisations vont aussi s'appuyer sur ces mesures exceptionnelles consenties face à l'urgence, pour motiver la poursuite de méthodes qui ont bien assez affaibli le service public : la pandémie ne peut servir à l'amnésie des tutelles et donne au contraire raisons aux revendications de l'hôpital et de la psychiatrie publique.

L'action syndicale ne doit pas faiblir. Si certains perçoivent dans la crise de quoi construire les conditions d'un monde « post covid », les motions syndicales votées à Metz gardent toute leur pertinence.



Sommaire

COVID-19 EN PSYCHIATRIE	04
Communiqués de mars	04
Chroniques des régions	06
BD « Pas le Coronavirus ! » : Le Coronavirus expliqué par ton pédopsychiatre	28
À consulter	29
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE METZ	30
Rapport du Président	30
Rapport moral	42
Motions syndicales	49
BULLETIN D'ADHÉSION SPH	54

SPH - Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

Président : Docteur Marc Bétrémieux
585 avenue des Déportés, CH Hénin-Beaumont, 62110 Hénin-Beaumont
Tél. : 03 21 08 15 25 - Courriel : secretariatSIP2@gmail.com

Editeur et régie publicitaire

Réseau Pro Santé – M. Tabtab, Directeur
06, Avenue de Choisy – 75013 Paris – Tél. : 01 53 09 90 05
E-mail : contact@reseauprosante.com – web : www.reseauprosante.fr

Imprimé à 4800 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

COVID-19 EN PSYCHIATRIE

TOUS SOLIDAIRES CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Les co-signataires veulent dire leur mobilisation pleine et entière pour faire face à la crise sanitaire du COVID-19 qui touche aujourd'hui notre pays sur l'ensemble du territoire et dont l'impact sur les patients dont ils assurent la prise en charge est majeur.

Ils témoignent du professionnalisme des équipes de psychiatrie qui assurent continuité et proximité des soins dans des conditions rendues très difficiles par la gravité du contexte auprès des patients les plus vulnérables pour lesquels le climat et les mesures de confinement anxiogènes sont autant de facteurs de risque de décompensation de leur état de santé psychique. Sur le terrain les professionnels ont su se réorganiser très rapidement pour prendre en compte prévention dépistage et prise en charge des problèmes liés au COVID-19 dans leurs établissements. Ils l'ont fait tout en maintenant leur activité ambulatoire indispensable, la psychiatrie d'urgence et de liaison, leur contribution aux CUMP, le soutien psychologique des équipes exposées, l'articulation avec leurs partenaires du champ médico-social, etc.

Les groupes d'entraide mutuelle se sont adaptés en maintenant l'indispensable contact avec leurs adhérents.

Comme l'ensemble des professionnels de santé les co-signataires ne peuvent que déplorer les insuffisances concernant l'indisponibilité des matériels de protection les exposant au risque de contamination. Ils mettent tout en œuvre pour que les partenariats soient effectivement opérationnels notamment pour faciliter les transferts rapides en service de psychiatrie en aval des urgences tout en sachant que les services de psychiatrie peuvent être confrontés à des situations cliniques nécessitant l'intervention des services de soins intensifs et de réanimation.

C'est pourquoi les directives nationales doivent veiller à intégrer les enjeux particuliers auxquels

sont confrontés patients proches et professionnels au regard des vulnérabilités propres aux troubles psychiques et qu'elles prennent en compte les fortes contraintes relatives à la maladie mentale et au handicap psychique. Les cosignataires demandent une gouvernance de crise en phase avec les réalités de terrain de psychiatrie et ce de façon structurelle.

Enfin, ils veulent assurer l'ensemble des professionnels et la population du pays de leur totale solidarité face à l'épreuve d'une épidémie qu'ils combattent ensemble avec détermination.

- ◆ **Michel DAVID**
Président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP)
- ◆ **Renaud PEQUIGNOT**
Président d'Avenir Hospitalier
- ◆ **Jacques TREVIDIC**
Président Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH)
- ◆ **Sadek BELOUCIF**
Président du Syndicat National des médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens des Hôpitaux Publics (SNAM-HP)
- ◆ **Marc BETREMIEUX**
Président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)
- ◆ **Rachel BOCHER**
Présidente de l'Intersyndicale des Praticiens Hospitaliers de France (INPH)
- ◆ **Michel DAVID**
Président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP)
- ◆ **Claude FINKELSTEIN**
Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY)
- ◆ **Emmanuel LOEB**
Président Jeunes Médecins
- ◆ **Alain LONGONE**
Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée en Psychiatrie (FHP-Psy)

- ◆ **Gladys MONDIERE et Benoit SCHNEIDER**
Co-Présidents de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP)
- ◆ **Marie-Rose MORO**
Présidente du Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP)
- ◆ **Christian MÜLLER**
Président de la Conférence nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement de Centres Hospitaliers Spécialisés
- ◆ **Antoine PERRIN**
Directeur Général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne - Privé et non lucratifs (FEHAP)
- ◆ **Annick PERRIN-NIQUET**
Présidente du Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des Pratiques en Psychiatrie (CEFI- Psy)
- ◆ **Marie-Noëlle PETIT**
Présidente de l'ANPCME
- ◆ **Marie-Jeanne RICHARD**
Présidente de l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM)
- ◆ **Association Nationale des Psychiatres Présidents et Vice-Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers**
- ◆ **Zaynab RIET**
Déléguée Générale de la Fédération Hospitalière de France (FHF)
- ◆ **Norbert SKURNIK**
Président de la Coordination Médicale Hospitalière (CMH)
Président de l'Intersyndicale de la Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP)
- ◆ **Michel TRIANTAFYLLOU**
Président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP)

LA DIGUE FRAGILE ENTRE CRISE SANITAIRE ET SCANDALE SANITAIRE VA-T-ELLE TENIR ?

Communiqué 29 mars 2020

Ce ne sont pas les directives DGOS, lentes à venir, qui ont pu aider les secteurs de psychiatrie à appliquer les décisions aux accents guerriers contre la propagation du virus : c'est parce que l'organisation de la psychiatrie repose depuis des années sur un dispositif déployé entre l'hôpital et l'ambulatoire que les réflexes des professionnels en psychiatrie ont fait partout se réorganiser les moyens, selon des priorités inédites et contradictoires.

Et c'est la solidité des liens de confiance déployés au fil des années entre les équipes de soins et les patients, ou la coordination solidaire entre les lieux de soins extra et intra hospitaliers qui sont les outils de cette nouvelle mise à l'épreuve.

Le secteur, condamné à disparaître selon le dernier rapport parlementaire vanté par Mme Wonner pour sa soi-disant inefficacité d'organisation, s'est immédiatement efforcé de maintenir le soutien aux patients confinés en ambulatoire, d'éviter la contamination en réorganisant les accueils et les conditions de séjour hospitalier, de lutter contre les ruptures thérapeutiques par des visites à domiciles ciblées et le maintien de dispensation de traitements à des personnes vulnérables et précaires.

Le secteur, auquel les politiques hospitalières successives n'ont cessé de reprocher son cloisonnement, participe à ne pas aggraver la surcharge des services de soins somatiques en ouvrant dans des locaux inadaptés, sans tests et sans équipements suffisants, des unités pour patients covid 19 +, et quand il peut,

tente d'apporter un soutien psychologique aux soignants, aux familles endeuillées, à de nouvelles personnes touchées par la diffusion des angoisses.

Mais à quel prix et pour combien de temps ?

Le parent pauvre de la médecine, selon la formule consacrée par des années de constat de crise en psychiatrie, a vu défiler les directives sur l'usage obligatoire des masques en milieu sanitaire, sans masques et d'emblée rationnés lorsqu'ils lui parviennent : dans des locaux inadaptés aux directives de distanciations et pour des personnes souvent incapables de respecter les mesures de prévention, sans possibilités de réaliser les tests diagnostiques utiles à isoler les personnes contaminées, les soignants craignent aussi d'être vecteurs de propagation.

Avec les nécessités de confinement, il n'aura fallu que quelques heures pour mettre à bas la politique sectorielle de lutte contre l'isolement des patients : la fermeture des hôpitaux de jour, des centres d'activités, la réduction de l'accueil dans les CMP, ajoutent aux risques de réduction des droits des patients ; les services se referment sur des confinements collectifs, les risques de recours excessifs à l'isolement s'en trouvent favorisés, l'impossibilité de maintenir les audiences de contrôle des mesures de soins sans consentement majeure pour les patients les effets d'un Droit d'exception. La décision du Conseil d'Etat qui vient, dans une actualité focalisée sur la propagation du virus, de rejeter tous les recours contre le décret du 6 mai 2019 n'est pas un signe encourageant.

Nul besoin d'être devin pour prédire que le confinement prolongé aura des conséquences en termes de ruptures de soins, de décompensations psychiques, de mises en danger d'enfants et de personnes vulnérables au sein de familles fragilisées. La psychiatrie doit déjà faire face.

Quand les annonces solennelles se succèdent à mesure que le covid 19+ se propage, et que de futurs moyens de lutte sont promis pour des temps à venir encore plus difficiles, les autorités feraient bien de se souvenir que 2 millions de personnes sont déjà suivies en psychiatrie : si les statistiques guident les décisions, elles devraient tenir compte de celles qui touchent spécifiquement la psychiatrie. Les patients de psychiatrie, souvent atteints de comorbidités, ne doivent pas rejoindre d'autres invisibles, non comptabilisés parmi les personnes contaminées s'ils ne sont pas hospitalisés en services de soins somatiques.

Les soignants en psychiatrie doivent absolument disposer des moyens de lutter contre la contamination des personnes dont ils ont la charge.

Car les conditions d'un scandale sanitaire en psychiatrie sont sur le point d'être réunies.

CHRONIQUES DES RÉGIONS

Retours d'expériences mars - avril 2020

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Bonsoir à tous les deux,

Merci pour votre message.

J'espère déjà que vous allez bien, ainsi que vos proches, dans cette période bien spéciale.

J'ai peu de retours « régionaux ».

Localement, l'hôpital se prépare. D'une façon qui me paraît parfois particulière puisque des projets qui ne semblent pas forcément primordiaux sont accélérés. Ça donne l'impression que c'est la course à l'innovation (plusieurs plateformes, étude sur les effets du confinement, conseils pour bien vivre son confinement (cohérence cardiaque...)).

À côté de toute cette innovation, par exemple, côté pédopsychiatrie, alors que les secteurs sont de taille importante, il n'a été laissé ouvert qu'un CMP par secteur, avec le strict minimum (voire un peu moins) au niveau du personnel (un médecin, un infirmier). Le coronavirus me semble parfois un prétexte pour continuer de désagréger le secteur.

Sinon, pour l'instant, sur le Vinatier, peu de cas positifs (3 patients dont un avec une forme plus grave, 8 soignants, jusqu'à aujourd'hui). On a eu des masques il y a une semaine (des chirurgicaux, et des FFP2 périmés depuis 2007). On a des SHA.

Les soignants sont remarquables d'engagement et de professionnalisme je trouve. Dans le lien ci-dessous, une vidéo réalisée par des collègues de notre service d'urgence : « nous ne sommes pas des héros ». <https://www.facebook.com/cgtvinatier/videos/1269641803426594/>

Amicalement,

Stéphane

Bonsoir,

J'ai vu passer ce que Stéphane vous a envoyé et cela me semble bien juste et synthétique.

À partir de cette semaine l'intégralité des entrées devraient être testées et réparties selon les unités covid + ou pas.

Pour le pôle où je travaille, psychiatrie de la personne âgée nous avons fait des sorties et nous nous organisons avec une unité spécialisée dans l'accueil des entrées qui seront donc testées préalablement. Les 15 derniers jours nous avons une suspicion levée par test et un cas contact pour lequel nous n'avions pas pu obtenir de test. Nous venons de passer 15 j avec des FFP2 datant de Bachelot qui se décomposent au niveau de la mousse de la barrette au niveau du nez mais nous avons trouvé qu'en enlevant la mousse et en mettant un sparadrap sur les débris de mousse, nous avons réussi à les porter. À partir de ce week-end nous devrions avoir des masques chirurgicaux neufs et quelques boîtes de FFP2 non périmés. Nous avons reçu des lunettes de protection ce mercredi. Il y a des cas sur l'hôpital et un bulletin épidémiologique s'y organise. Un certain nombre de personnels sont en télétravail (secrétaire, as, psycho). On essaie de travailler en binôme qui ne se croisent pas pour préserver les forces vives.

Blandine

Bonjour Marc,

Je te remercie de ton courriel et viens t'indiquer que pour le moment la situation est gérable avec mise en place très tôt des préconisations qui se sont généralisées ensuite telles que cellule de crise régulière, fermeture des H.J., CATT, poursuite de l'activité CMP avec consultations majoritairement par téléphone, unité COVID avec lits disponibles actuellement, coordination dans le cadre GHT (avec le C.H. de Valence, lits réa disponibles, équipe infectiologie, dépistage), gestion du personnel organisée dans le contexte de crise (télétravail, présentiel, remplacements).

Au début inquiétudes par rapport au manque de masques et matériel, en amélioration sensible actuellement ; à noter, implication voire créativité des soignants par rapport à l'organisation mise en place, particulièrement en ambulatoire.

Mais la crise est loin d'être terminée et voir ensuite les conséquences sur nos patients.

En espérant que cela se passe le moins difficilement possible dans ta région.

Bien amicalement et bonne journée.

Jean-Louis

Bonjour Marc, et bonjour Isabelle,

On commence ici avec nos premiers soignants et médecins qui l'ont chopé PCR confirmés. Base de départ avant le coco : 37% des temps de psychiatres du pôle non pourvus. Ma cadre sup et la moitié des cadres sur le flan.

Pour 160 lits : 1,8 poste de généraliste pourvu sur 3 ETP théorique, 2 extracteurs, pas d'O2 aux chambres, sauf petites bouteilles. Des tableaux compatibles COVID de plus en plus fréquents chez les patients, mais difficultés à obtenir les PCR.

Les réas se remplissent lentement mais sûrement. Je bosse les procédures de fin de vie asphyxiques de la SFAP. Que du bonheur.

On va tanguer.

Ce coup de rouge ensemble promis et reporté aux Oies commence à me manquer de plus en plus. Ou de blanc. Je ne suis pas sectaire.

Amicalement

PF

BOURGOGNE-FRANCHE COMTÉ

Pour le Doubs voici en copie un courrier des médecins de Novillars :

Monsieur le Président,

Mesdames, Messieurs Membres du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de Novillars,

Nous, Professionnels de santé du Centre Hospitalier de Novillars dans le Doubs, portons à votre connaissance notre inquiétude quant aux risques sanitaires vis-à-vis de nos conditions de travail actuelles, et par là-même appuyons les demandes pressantes déjà formulées par la Direction du Centre Hospitalier de Novillars et le Président de la CME pour obtenir des moyens de protection supplémentaires.

En effet, nous sommes dans une région particulièrement affectée par l'épidémie de covid19. Nous continuons à accueillir de nouveaux patients dans notre Hôpital, potentiellement à risque d'être porteurs du coronavirus, exposant plus encore les patients déjà hospitalisés et eux-mêmes fragilisés de par des comorbidités. Nous craignons une dissémination rapide de l'épidémie dans notre établissement du fait d'une proximité interindividuelle inhérente à notre activité. Nous vous rappelons également que la spécificité de notre discipline, si elle est compromise, expose les services d'urgence déjà surchargés à devoir gérer des patients en souffrance psychique.

Dans le contexte actuel de confinement général de la population et de « guerre sanitaire » déclarée par le Président de la République face à un virus extrêmement contagieux et avec une période de portage asymptomatique, il est indispensable de permettre à tout soignant de porter un masque, dernière barrière à la dissémination de la maladie et donc dernière barrière à la mise en danger des patients, des soignants et de leur famille.

Nous vous informons que jusqu'à ce jour 23 mars 2020, il n'était pas possible au CHN de porter un masque, faute de matériel pour tout soignant. Ce même jour, la direction nous informe de l'arrivée du premier approvisionnement de l'Etat en masque pour une durée d'une semaine. Il est impératif que nous disposions d'une visibilité au-delà d'une semaine pour sécuriser l'ensemble des professionnels de l'hôpital. Nous sollicitons votre soutien dans la pérennisation des approvisionnements du matériel de protection (masques, lunettes, surblouses,...). Malgré tous les efforts déployés par notre établissement pour obtenir le matériel dont nous avons besoin, nous tenons à vous faire part des risques auxquels nous sommes confrontés chaque jour et de la nécessité d'aboutir à une solution urgente.

Dans l'histoire, la psychiatrie a souvent été laissée pour compte en période de crise, nous espérons qu'en 2020 les pouvoirs publics veilleront à assurer une égalité de traitement aux patients souffrant d'une pathologie psychiatrique ou non.

En vous remerciant de l'attention portée à la lecture de cette lettre, soyez assurés que notre investissement auprès des patients et de leur famille reste intact.

La Communauté Médicale du Centre Hospitalier de Novillars et les syndicats FO ; CGT ; SUD Solidaire

Pour **le CHS la Chartreuse** dont je suis le président de CME par intérim nous sommes dans la même problématique de **masques et de gel**.

Les cmp sont ouverts avec des consultations par téléphone.

les services sont aménagés pour avoir le plus de chambres à un lit.

Nous avons ouvert une plateforme d'écoute pour la population et les soignants, celle-ci est composée de psychologues du chs volontaires.

Des tensions apparaissent liées à la peur.

Je fais le tour des autres chs...

Amicalement

Pierre

BRETAGNE

Bonjour Marc,

Je vais mieux après quelques soucis de santé. J'ai repris lundi dans le contexte épidémique et de préparation à l'accueil de patients COVID +.

Sur la Bretagne des unités dédiées pour les patients COVID + se mettent en place dans les établissements et les cliniques psy également. Se posent les problèmes suivants :

- Manque de somaticiens dans certains établissements.
- Manque de masques également avec pour doctrine actuelle par l'ARS du port de masque pour les soignants dans les unités où un cas de COVID avéré s'est déclaré.
- Manque de matériel de protection : sur-blouse, etc.

Les stocks existants sont orientés vers le MCO ce qui pose problème pour les unités psy-COVID.

Inquiétude des équipes par rapport au risque de contamination.

Sur L'EPSM CHARCOT :

- Réunions quotidiennes dans le cadre du plan blanc de la cellule de crise.
- Réunions hebdomadaires pour organiser les présences médicales (en lien avec la pénurie de psychiatres dans l'établissement). Notre directrice a pu obtenir des moyens pour embaucher des intérim et les internes seront prolongés dans l'établissement.
- Audio conférence avec l'ARS tous les mardis et l'ensemble des établissements psy.

En ce qui concerne notre préparation :

- Réorganisation des consultations avec téléconsultations sur les CMP accueil au cas par cas si nécessaire et VAD également.
- Réorganisation de la filière d'admission afin de préserver les unités accueillant des patients fragiles âgés ou hospitalisés au long cours et d'éviter au maximum la contamination des patients hospitalisés. Réduction du nombre d'unité d'admission à 2 unités de 25 lits, 2 unités de préparation à la sortie (post admission) et transformation d'une unité de 15 lits en unité COVID.

- Création d'un accueil spécifique dans l'hôpital (infirmier, cadre, somaticien et psy) pour limiter les admissions non psychiatriques et pour détecter les patients potentiellement porteur en particulier les patients se présentant en direct ou qui n'ont pas eu d'examen somatique afin d'envisager un confinement en chambre seule et des mesures adaptées dans l'attente des résultats du test avec orientation vers l'unité COVID de 15 lits en cas de positivité avec signes cliniques sans critère de gravité.
- Création d'une équipe de prélèvement dans l'hôpital. Accord du 15 pour le test (nous souhaiterions qu'il puisse être effectué le plus souvent possible en cas de suspicion).
- L'équipe EMPP est intégrée à la PEC des personnes SDF COVID+.

En ce qui concerne la pédopsychiatrie :

Unité de 8 lits ayant peu de patients actuellement. Crainte d'un afflux de patients via la pédiatrie du fait du confinement et de l'arrêt des PEC dans bon nombre de structures.

Orientation envisagée des jeunes patients vers unité COVID en débat.

Les équipes s'adaptent comme les patients, pour le moment, mais nous en sommes au début et confrontés à beaucoup d'incertitudes. Les soignants sont inquiets et nous avons dans l'établissement 1 médecin et 2 infirmiers positifs. Ma collègue et amie a pu reprendre son travail aujourd'hui, elle va bien. Les collègues infirmiers sont chez eux et leur état n'est pas critique.

Nous travaillons sur les articulations et la compréhension de nos besoins (en test par exemple), de nos moyens et limites à la médicalisation vis-à-vis du centre 15 et des urgences.

Également sur l'impact du confinement prolongé pour les patients hospitalisés ou en ambulatoire, de la prise en charge optimale des patients psychotiques sur le plan psychiatrique et somatique en ambulatoire dans un contexte particulièrement tendu avec majoration des difficultés dans l'accès aux soins ce qui nécessite une forte attention et mobilisation des équipes de secteur.

Je vais prendre des contacts avec les collègues PCME de Bretagne. Je referais le point avec toi et Soazic régulièrement.

J'espère que tu vas bien.

A très bientôt

Bien Amicalement

Laurent L

Bien ici, la vague n'est pas encore arrivée... mais nous avons tout réorganisé, l'activité est particulière, uniquement des prises en charges individuelles, de la téléconsultation, des VAD, des communications téléphoniques... Des collègues font des permanences pour répondre aux appels du SAMU après une courte formation. On nous a demandé d'anticiper possible absentéisme (déjà quelques collègues arrêtés car grossesse ou lourds ATCD) ; nous avons mis une organisation particulière pour les gardes et astreintes. Il n'y a plus de permissions pour les hospis temps plein... Et il y a le projet d'une unité psy COVID + si plus de 3 patients sur le pôle, qui elle serait équipée et bien briefée (autrement chez nous pas de masques...). Nous avons obtenu que les équipes de pédo soient pour une part d'astreinte au domicile (le statut n'a pas l'air encore très clair), mais ça n'a pas fonctionné pour la psy adulte apparemment. Je n'ai pas d'échos des autres établissements sauf Quimper : Sur le CMPI de Quimper, les hôpitaux de jour accueillent en individuel certains enfants. Le CMP privilégie la téléconsultation mais des consultations sont possibles, notamment les urgences pour éviter des afflux vers les services de pédiatrie.

En hospitalisation continue, les permissions et les visites ne sont plus autorisées et nous avons fait sortir tous les patients suffisamment rétablis avec lien téléphonique régulier par les équipes soignantes. Nous avons mis à disposition notre « internat thérapeutique » pour le département : les enfants placés infectés pourraient y être rassemblés...

Nous n'avons pour l'instant pas de soignants ou de patients infectés dans notre EPSM.

Je vais demander aux collègues syndiqués s'ils peuvent me faire quelques retours de la situation chez eux.

Amitiés et prenez bien soin de vous !

Soazic

Bonjour Marc, bonjour Isabelle,

en tant que PCME à la FBS, nous avons une Cellule de crise dans mon établissement d'abord quotidienne et maintenant tri-hebdomadaire. En PSY en BRETAGNE pas de cas COVID 19 + en psy à ce jour mais inquiétude car nous sommes en manque de moyens à court terme : masques et solutions désinfectantes SHA mais surtout l'accès aux tests qui n'est pas évident car psy manifestement en seconde ligne... cela devrait s'arranger si nous avons assez de masques mais nous allons retenir la forme tissu. L'hôpital est totalement réorganisé dont un pavillon d'admission unique avec évaluation somatique immédiate avec zone COVID + proche car nous allons devoir garder ces patients dans un espace dédié sur site sauf dégradation clinique + = alors MCO ? ... maintien des soins résidentiels avec travail en téléconsultation dans les structures ambulatoires pour éviter le déplacement des patients ; régulation systématique des appels des patients avec des IAO : équipe infirmière d'accueil et d'orientation en lien et réponse permanente aux médecins généralistes du territoire : numéro de téléphone dédié direct et confidentiel (existant déjà auparavant) aux professionnels et les hôpitaux MCO partenaires où l'échange est permanent avec équipe IDE sur site MCO et psychiatre en liaison : 3 établissements directement... Equipe médico-infirmières totalement mobilisées comme les équipes de directions et logistiques. Échange hebdomadaire en audio-conférence avec l'ARS et les autres établissements bretons similaires ; DG et PCME. Même problème pour l'accès aux matériels dont masques. Nous nous préparons à la vague croissante mais peu d'admissions tant en HL que SSC ; il est vrai que nous réglons en amont comme les autres CH PSY BZH. quelques populations « nouvelles » avec l'arrivée d'urbains parisiens surtout qui ont migré en BZH dans leurs résidences secondaires du littoral : donc situation en contrôle mais ARS en difficulté pour nous approvisionner en matériel... risque problème pour CH à effectif médical réduit surtout si collègues trop âgés ou à risque s'arrêtent avec le risque d'arrêt de travail plus ou moins prolongé ou nombreux. Mais les équipes tiennent médicalement comme les IDE ou autres soignants avec une bonne mobilisation des personnels partout... restant à disposition dès que besoin. Amicalement.

René

DOM-TOM

GUADELOUPE

Bonjour Monsieur le Directeur,

Je me permets de vous écrire, en ma qualité de représentant de la CME au CHSCT, au sujet l'absence de masques pour une majorité du personnel soignant de l'EPSM notamment en intra-hospitalier.

Lors de la réunion de lundi en présence de plusieurs médecins, vous nous avez informés de la livraison de masques pour le 25/03/2020. J'apprends ce jour que les masques ont été reçus mais que notre collègue somaticien, Dr LE GAL a dû négocier la distribution « partielle » de masques pour le personnel soignant (1/jour lors des soins...) alors que nous sommes en phase épidémique et que nous devrions tous porter des masques en présence des patients et lorsque nous nous côtoyons !

J'ai l'impression que l'équipe de la Direction et l'ARS ne connaissent pas la psychiatrie et les patients qui y sont hospitalisés... Nos patients, compte tenu de leurs pathologies ne respectent pas pour une majorité les mesures barrières. De plus, ils présentent de nombreuses comorbidités qui les rendent davantage vulnérables au COVID-19. En cas de patient COVID-19 à l'EPSM, le virus va se répandre de manière exponentielle et il y aura des morts... Beaucoup. Et des responsables...

Qui peut transmettre ce virus à nos patients actuellement hospitalisés ?

- Les patients entrants que nous continuerons à soigner malgré la défaillance ou le mépris des autorités « compétentes » ;
- Nous, les soignants, potentiellement porteurs asymptomatiques, qui avons choisi ces métiers pour « sauver », « guérir » ; sommes contraints à de probables homicides involontaires...

Enfin, j'aimerais savoir si l'équipe de la direction a décidé de commander uniquement 190 masques/jour ou l'ARS n'a pas daigné nous en donner davantage car la psychiatrie ne compte pas et encore moins en temps de « guerre ».

Cordialement,

Dr Dimitri COCOYER

MARTINIQUE

Fort-de-France

Bonjour Marc

Voici donc quelques nouvelles de notre région et des aménagements plus ou moins propres à la pandémie en cours :

- Les urgences de psychiatrie, jusque-là traitées au CHU ont été rapatriées au CHS, mais cela n'a été qu'une discrète anticipation d'un aménagement déjà prévu.
- Une unité d'hospitalisation de patients atteints du Covid 19 est en préparation, mais aucun cas n'a encore été détecté au CHS.
- Les hôpitaux de jour et CATTTP ont cessé leurs activités et les patients sont suivis par whatsapp, téléphone et VAD en dernier recours.
- Les CMP ont réduit le périmètre de leur mission, ne recevant que les patients en détresse. Les autres sont suivis, comme pour les hôpitaux de jour et CATTTP, par téléphone, whatsapp. Les traitements sont renouvelés, sauf situation particulières, par les pharmacies. Les programmes de soins sont renouvelés après entretiens téléphoniques.

Le système, globalement, fonctionne et on ne constate pas, pour le moment, de déstabilisation profonde de la patientèle ou du corps des praticiens. A noter enfin qu'à ce jour nous avons 81 patients infectés dans l'île et que les médecins protestent vivement auprès de l'ARS pour le manque de matériel disponible, comme partout (masques, protections, gel, ...).

Amicalement

François

MAYOTTE

Bonsoir,

Et d'emblée merci d'avoir envoyé ce mail, on se sent un peu moins isolé !

Pas évident de résumer la situation, mais je me souviens que tu étais passé nous voir il y a quelques années, avec Georges Onde. Le service a grandi bien évidemment, mais reste de taille modeste.

Le service en temps normal, c'est toujours **une seule unité d'hospitalisation de 10 lits**, qui fait essentiellement de l'activité de crise avec des séjours courts. Nous avons une **équipe mobile péri-crise** qui assure l'activité psychiatrique aux urgences de l'hôpital, propose des prises en charge ambulatoires post-crise (en consultation ou en VAD ; sur la base d'entretiens familiaux ou de groupe) ; fonctionne sur un modèle systémique (personnel formé initialement par l'équipe mobile Eric de Paris).

Et l'activité ambulatoire centralisée sur le **CMP de Mamoudzou**, dont les équipes couvrent la majorité de l'île avec des consultations en dispensaire (secteur Centre, Nord, Petite Terre et Grand Mamoudzou) ; et le Sud qui a son propre CMP depuis 2 ans (activité partagée 3 jours adultes, 2 jours pédopsy).

Création récente d'une **équipe Santé Mentale Communautaire** depuis le mois dernier.

Activité ambulatoire également à l'UCSA, avec un psychiatre référent.

Projet à court terme de création d'une Consultation Ado avec une équipe dédiée, et à moyen terme d'un nouveau CMP sur Petite Terre (budgets, locaux et plans ok ; on l'attend pour début 2021).

Pas d'HDJ, pas de CATTp ; pas de structure d'aval dans le médico-social à part un CHRS.

Un **CMP pédopsychiatrie** (pas d'HDJ non plus, et pas de lit d'hospitalisation).

Quasiment aucune offre de soin libérale (entre 1 et 3 psychologues en cabinet, qui la plupart du temps arrêtent leur activité au bout de quelques mois ; pas de psychiatre).

Sur le plan des effectifs on est actuellement 5 PH titulaires en adulte, et 1 PH pédopsychiatre.

On essaie de fonctionner avec des médecins contractuels, mais ça reste irrégulier et de plus en plus difficile d'en trouver.

> Les perspectives :

Ce service est sous-dimensionné par rapport au nombre d'habitants (260 000 INSE 2017 ; sous-estimé selon la plupart des avis car population clandestine ++).

Nous sommes loin de couvrir ne serait-ce que les besoins primaires en psychiatrie.

Il faudrait au moins 1 CMP par secteur (donc encore 3 à créer), associé à un hôpital de jour si possible par secteur aussi.

Il faudrait des FAM, des appartements thérapeutiques et / familles d'accueil thérapeutiques.

Il faudrait doubler les moyens actuels de l'équipe péri-crise qui est un excellent projet, extrêmement pertinent par rapport au contexte local (culturel, familial, communautaire, religieux...). L'équipe telle qu'elle est composée actuellement n'arrive pas à déployer son activité notamment en VAD, et reste « embosée » par l'activité aux urgences.

Concernant les lits d'hospit temps plein, il faudrait bien évidemment un peu plus de lit (c'est dans les projets d'agrandissement de l'hôpital).

Mais globalement on est tous d'accord pour dire que ce n'est pas pertinent de chercher à atteindre les quota de métropole.

La prise en charge ambulatoire est la plus pertinente à Mayotte, c'est une évidence.

En plus ça colle tout à fait avec la tendance générale en psychiatrie actuellement (la santé communautaire est très à la mode !). On pourrait tout à fait être « en avance » sur notre époque :)

Par contre nous n'avons plus de chef de service depuis septembre (d'ailleurs la PH qui occupait cette fonction s'est depuis mise en disponibilité par épuisement professionnel).

Nous n'avons plus de médecin référent sur l'équipe de crise, ni sur l'unité d'hospitalisation.

Sur le plan institutionnel le service est très fragilisé depuis plusieurs mois (avec la survenue de plusieurs crises et pas mal de souffrance des équipes sur différentes unités).

Ceci dit je peux dire malgré tout que le travail est extrêmement riche, porteur, dynamisant (fatigant aussi).

On est obligé de s'adapter à de nouvelles situations presque tous les jours, d'apprendre à faire « sans ».

On est poussé dans ses retranchements sur la définition de la psychiatrie, sur notre rôle propre, sur notre place dans l'institution, dans la société.

On est sur des perspectives de développement, ce qui est rare en psychiatrie par les temps qui courent.

Et les équipes sont certes jeunes et peu expérimentées, mais très enthousiastes et prêtes à apprendre.

> La crise actuelle : depuis lundi nous avons réorganisé de façon majeure le service, pour se préparer à l'arrivée de l'épidémie COVID.

Nous essayons de différencier 2 filières d'activité :

1. Continuité des soins psychiatriques ;
2. Urgences psy et soutien psy Covid (projet d'ouvrir 2 lignes de permanence téléphonique pour écoute et soutien psy : 1 ligne pour la population générale, 1 ligne pour les soignants).

Nous sommes globalement prêts, et je peux dire que je suis assez fière de l'ensemble du personnel du service pour leur réactivité.

Les freins sont :

Les crispations des enjeux institutionnels habituels (internes au service, notamment entre médecins, et aussi relations médecins-cadres) ;

Le stress de tout le monde, y compris nous-mêmes ;

Les difficultés de communication et de coordination autour de nous (dans l'hôpital, c'est beaucoup d'ordre et de contre-ordre).

On est tous conscients que quelle que soit l'ampleur de l'épidémie à Mayotte, ça va être une catastrophe pour nos patients psychiatriques.

Nous avons une population très précaire (difficultés de déplacement, difficultés de compréhension, pauvreté), dont une bonne partie n'a même pas la sécurité sociale. On fait du lien avec les pharmacies privées, mais je pense que peu de patients feront cette démarche.

Et pas d'alternative d'offre de soin libérale, je le rappelle (ni psy, médecin généralistes très peu nombreux, et débordés actuellement).

Un des premiers constats que nous avons fait cette semaine avec quelques-uns de mes collègues, c'est qu'on illustre avec cette crise l'absence d'expertise médicale dans nombre de décisions à l'hôpital, en lien avec ce qu'on connaît tous par cœur et qu'on dénonce depuis longtemps à savoir la bureaucratisation du soin.

Le président de CME a nommé hier un « directeur technique médical », ce qui était absolument indispensable et qui a manqué cruellement ces derniers jours pour la coordination de ce chantier.

Je pense que ça ressemble à d'autres structures.

Peut-être que c'est pire chez nous car on est très seuls (le coup du TGV, on pourra pas le faire ;)) et qu'on en a cruellement conscience.

J'espère que les tutelles seront réactives si on arrive à un scénario catastrophe avec une offre de soins complètement débordée (ce qui est un des scénarios possible).

Un dernier aspect des choses est le côté social, avec de possibles mouvements de violences sur une île toujours prête à se soulever.

Voilà un peu dans quel état on est.

Je ne sais pas si c'était ça la demande, mais moi ça m'a fait du bien de dire tout ça !

Je reste disponible si tu as d'autres questions, ou si tu veux des précisions sur ce que je viens de dire.

Bien à toi

Marine

RÉUNION

Bonjour Marc

Sur la psychiatrie à la Réunion "en général" si tu permets je sors mon joker... (vois plutôt avec Onde).

À propos de mon service le CARE je peux te faire un retour à date :

L'administration qui a ici installé un système très pyramidal retranché sur le directeur, le PCME (P. Benichou) et les chefs de pôle a déjà réquisitionné plus de la moitié de mes effectifs. Je suis en train cependant et dans l'attente du matériel de protection ad hoc de faire un recueil téléphonique des besoins psychosociaux des personnes présentant un trouble psychique sévère que nous connaissons dans notre file active du Care à partir d'une grille transmise par un confrère de Guadeloupe, Frederic SCHEIDER. Cette grille me permet de faire émerger des "récits de confinement" chez les personnes afin de mettre en évidence dans cette situation nouvelle et exceptionnelle les besoins primordiaux. Dans un second temps j'espère pouvoir si mon administration me l'autorise mettre en place une unité mobile et téléphonique de "repérage, d'appui et soutien des personnes isolées, vulnérables et souffrant de troubles psychiques sévères" avec des déplacements en "écologie" pour s'assurer à la fois des besoins de première nécessité et un contact présentiel complémentaire aux appels téléphoniques mais aussi pour les cas où il n'y a pas de téléphone... j'ai demandé à mon administration de voir avec les services techniques pour aménager un minibus avec hygiaphone pour réaliser ces interventions... Voilà de façon succincte où nous en sommes avec G Onde. Pour mes garde à hosto et car l'administration sous couvert de protocoles élaborés par certains collègues collabo nous refuse des masques, j'en suis réduit à en mendier auprès des "civils" équipés que je croise dans la rue (en respectant bien sûr la distanciation sociale...). Je ne te cache pas qu'une colère froide m'habite vis-à-vis de l'administration, chaque chose en son temps mais j'espère qu'au niveau syndical vous avez prévu qqe chose lorsque la "crise" sera passée.

Bien amicalement et bon courage

Benjamin

Bonjour

La crise sanitaire que l'on est en train de vivre est sans précédent dans l'histoire moderne du monde entier. Je vous enverrais chaque jour les statistiques des principaux pays atteints avec l'incidence et la mortalité jour par jour.

À la Réunion et par bien des côtés cette crise sanitaire peut nous rappeler la crise du Chykungunya de 2006. Pour ceux qui étaient présents, rappelez-vous, le CHGM devant l'afflux de patients, avait ouvert en 48h le pavillon Jacaranda. Aujourd'hui il est très sérieusement question que le CHOR et le CHU site nord augmentent leur capacité d'accueil en prenant les lits des Caps soit 15 lits de psychiatrie polyvalente en moins pour l'EPSMR. Nous sommes au début de la crise, nous avons actuellement de nombreux lits vacants. Nous devons néanmoins nous apprêter à surmonter de nombreux défis dans les semaines à venir. Notre offre de soins ne peut raisonnablement rester amoindrie et il convient pour surmonter cette crise de faire preuve de capacités d'adaptation au jour le jour, temps bien même les informations valides un jour ne le sont pas forcément le lendemain.

Un point quotidien entre les quatre chefs de pôle et la Direction est réalisé à 16h. Je vous adresserai à tous un petit mot quotidien à l'issue. Aujourd'hui la question de la fermeture des CAPS Nord et Ouest a été débattue et il a été décidé d'ouvrir concomitamment à cette fermeture l'ouverture d'un pavillon de 25 lits d'admission sur le site de Cambaie, la sectorisation psychiatrique étant mise de côté durant le temps de la crise. Il est possible que cette ouverture se réalise dans les jours à venir.

Il a aussi été acté aujourd'hui le principe d'une ouverture d'un pavillon COVID négatif pour les personnes fragilisées et à plus long terme un pavillon COVID positif pour répondre au cas où la crise s'aggrave, nous serions amenés à recevoir des patients visiblement atteints par le virus.

Il est fait appel à candidature volontaire pour deux médecins et permettre ainsi de faire fonctionner le pavillon d'admission (seul aujourd'hui concerné par une ouverture rapide). Très rapidement une décision d'affectations devrait être prise par le Directeur. Il a été rappelé qu'un deuxième médecin hospitalier était mort ce jour et qu'il convient de protéger les personnes à risques selon l'âge et les comorbidités ainsi que les femmes enceintes. Un médecin du pôle nord est déjà candidat et il est donc fait ensuite appel en priorité à notre pôle pour le deuxième médecin.

Merci d'avance de vos candidatures, je dresse parallèlement la liste des médecins répondants aux critères que je me propose de contacter dès demain.

Bien à vous

Patrick

GRAND EST

Bonjour Marc,

sur le pôle infantoJuvénile de Lorquin dont je suis Chef de Pôle, je n'ai plus d'infirmier restent 2 educs ; ils ont été réquisitionnés par la psy d'adulte de Lorquin afin d'ouvrir une unité plan blanc de confinement. Beaucoup également sont en maladie. Pour les médecins, 1 interne (ma seule) à la maison car souffrante un temps avec suspicion covid non confirmée qui est réquisitionnée pour revenir dès lundi à son ancien métier d'inf sur le chu de Nancy, que nous prêtons volontiers pour participer à l'effort. 1 PH manquant garde ses trois enfants dont un très fragile à la maison, son mari neurologue est sur le pont pour aider aux urgences à l'hôpital de Forbach. 1 autre PH à la maison une semaine testée négatif qui revient lundi.

Nous avons heureusement la visio installée dans chaque CMP à ma demande il y a plusieurs années pour réduire les déplacements pour les réunions, là notre directeur avait été pro actif, Isabelle se souvient peut-être du projet téléconsultation téléexpertise que j'avais envoyé à l'ARS il y a deux ans au moins pour lequel je n'ai jamais eu aucune réponse. J'ai envoyé il y a peut-être 6 mois, un an la copie du projet à Isabelle. Malheureusement cette visio est plombée aux seules adresses internes à Lorquin ! Impossible de l'utiliser pour les patients avec skype et autre ! cette visio permet de maintenir des liens entre CMP et l'intrahospitalier sans se mélanger.

Plusieurs psycho à la maison, les autres, la majorité dans les trois CMP. Télétravail refusé par la direction des ressources humaines. Fermeture des hôpitaux de jour et CATTp depuis presque deux semaines depuis l'annonce pour les écoles. plus de cs de visu en présentiel physique, nombreuses cs téléphoniques, les mecs du territoire continuent d'accueillir les enfants mais ceux-ci restent confinés, l'itép a interrompu ses pec, les jeunes restent chez leurs parents ! mais les structures gardent un contact téléphonique.

Grosse difficulté dans notre hôpital car sous-doté en matériel multimédia. mon ordi portable de chef de Pôle acheté il y a 4 ans maximum n'avait pas de caméra !

Pas de réseau wifi ouvert de principe dans les CMP, les ordi fixes dans les bureaux sont quasi tous sans son, sans camera, le moyen-âge... 2 lignes téléphoniques sortantes max par CMP.

Aussi très gros manque de masques et autres protections au sein du Ch de Lorquin ; pour les autres pas d'info.

Psy d'adulte sur Lorquin, Pôle Moselle sud, notre collègue Francine Burrus (SPH) a organisé une nouvelle unité de repli plan blanc. pour l'instant elle maîtrise la situation, le seul patient connu covid est ressorti.

Elle n'a pas d'absentéisme médical sauf une ph enceinte. Plusieurs de ses personnels inf sont par contre en maladie, je n'ai pas le chiffre.

On organise avec elle une participation CUMP : les psycho des adultes et de la pédo de Lorquin à une astreinte téléphonique du 57 avec les psychos du CHR de MERCY (faubourg de METZ) et avec ceux du CHS de Sarreguemines à destination des personnels de santé au front dans le 57 qui souhaitent déposer téléphoniquement leur souffrance. Par ailleurs on sait que plusieurs personnels de JURY les METZ sont touchés covid et pas présents au travail.

Toujours pour Jury, le service de pédo de la zone de la ville de Metz fait face ; les CMP sont en mode très dégradé avec le moins de cs possible avec les petits porteurs sains potentiels. Là aussi nombreux entretiens téléphoniques. Les unités hospitalières d'ado intra sur MERCY ou JURY sont confinées, pas d'admission possible sauf urgence majeure. Je n'ai pas trop de renseignements complémentaires.

Sur l'Alsace, Chantal Paccalin à Mulhouse fait face comme elle peut, hôpitaux de jour fermés et CATTp pareil. je n'ai plus de nouvelles depuis au moins une semaine.

Espan Brumath, Vivien Triffaut régional suppléant te donnera des renseignements je suppose y compris notre régional Edmond Perrier.

Voilà très rapidement un point très parcellaire.

Bon courage à tous

Philippe

Bonsoir Marc,

Désolé pour le délai, c'était un peu compliqué.

Tout d'abord au Cpn, la situation est correcte même si la pression est intense. La directrice intérimaire, Madame VUKASSE, fait un travail remarquable en lien avec la Pdte de CME. Cellule quotidienne et possibilité d'envoyer des questions par pôle chaque jour avec des réponses précises et rapides.

Nous avons une unité patients Covid (7/20 places sont occupées hier) avec le matériel nécessaire. La courbe descend, on réfléchit à la fermeture puisque plusieurs patients sont sortants.

Les nouveaux patients portent un masque et sont accompagnés d'un soignant quand ils veulent sortir de leur chambre.

Les soignants en contact avec des patients quels qu'ils soient, ont tous un masque pour 4 heures depuis fin mars.

Tout à été fait tout de suite pour les mesures barrière : repas en chambre, suspension des activités ttt, arrêt des visites pour les services adultes, consultation par téléphone notamment en N° masqué depuis la maison pour les psychologues qui rappellent tous leurs patients et le minimum d'infirmiers en CMP pour réponse téléphonique et injections, voire quelques RV exceptionnels.

Même la liaison est faite à distance, avec un téléphone à chaque fois que possible.

La télé consultation avec Pulsy a été proposée ; les codes arrivent.

Le télétravail domine et l'on ne compte heureusement que 22 agents en quatorzaine

Pour les urgences, on s'appuie sur le tri Covid des urgentistes, l'activité a beaucoup diminué spontanément pour la psychiatrie de Pont à Mousson, Toul et même au CHU.

Passage des équipes en 2/12 heures à compter de mercredi 01/04.

L'absentéisme est gérable et nous avons pu mettre des agents à disposition du CHU.

Pour les soignants, mise en place d'un numéro de soutien CovidPsy54 vécu possibilité de rester anonyme. C'est en lien avec la CUMP et Vigilans. Demain, nous débutons la ligne grand public.

La réflexion du déconfinement commence avec un souci de se rendre disponible en ambulatoire au-delà de la nécessité des gestes barrière. La question des sérologies des patients se pose avec un accord de principe de la direction si les demandes sont gérées de manière maîtrisée en lien avec nos somaticiens.

Ravenel,

Est en direction commune avec nous.

Peu de moyens comme habituellement et heureusement fort peu de cas.

Au CHU,

La situation s'apaise un peu après les transferts TGV.

Les entrées décroissent, quelques lits COVID sont fermés au fur et à mesure.

Les lits de réanimation restent très utiles (longue DMS) mêmes s'il y avait 13 lits de réa disponibles hier soir.

En ville, le laboratoire Atoutbio a été le 1^{er} de France à proposer les sérologies.

Pour Jury les Metz, je reprends des éléments sur lesquels nous avons échangé avec Michel.

Cellule de crise un jour sur deux.

Il y a, côté soignants, un absentéisme en hausse, ce qui implique des réaffectations au fil de l'eau, puisées dans les unités moins « actives » en ce moment (hôpitaux de jour, activités à temps partiel, CAC, tout ce qui comporte regroupement de patients...).

Côté médical, trois collègues sont testés positifs pour l'instant, ce qui, tu l'imagines, pose des difficultés de fonctionnement dans les unités de soins, déjà insuffisamment pourvues ! mais la solidarité se met en place et nos pensées pour ces collègues nous animent sans cesse.

Côté organisationnel, nous avons dédié une unité de soins au covid 19, avec le concours de nos médecins généralistes.

La fourniture en matériels (masques, tenues, tests) est mieux assurée, réflexion de confiner systématiquement toute personne admise en chambre seule, le temps d'avoir les résultats du test. Pas de sorties dans le parc pour les patients, pas de visites, pas de permissions.

L'ambulatoire est en première ligne pour assurer une continuité et essayer d'éviter, autant que possible, le recours aux urgences, déjà saturées. Nous privilégions les entretiens téléphoniques, mais si besoin, les VAD sont réalisées, et l'administration des NAP est garantie, soit au CMP soit à domicile ; naturellement le personnel se munit des masques chirurgicaux.

On essaie de mettre en place le télétravail quand c'est indiqué selon le type d'activité (psychologues, assistants sociaux, par ex).

Nous allons aussi organiser une plateforme de soutien téléphonique animée par des psychologues volontaires pour les soignants en souffrance, confrontés à ce contexte délétère, ainsi qu'à certains patients aux prises avec un confinement mal supporté ; la CUMP offrira aussi une ligne, de même que certaines associations telle « A propos » ouverte à l'écoute de la détresse psychologique ; le centre Pierre Janet ouvrirait ses portes à des consultations gratuites pour les personnes traumatisées par ce climat de menace constante.

Amitiés

François

HAUTS-DE-FRANCE

Bonsoir Marc, Bonsoir Isabelle

Jusque là tout va bien, j'espère qu'il en est de même pour vous.

Je vous envoie les mesures que nous EPMSM du Nord dans un premier temps puis GHT (EPSM Val de Lys en supplément) dans un deuxième temps avons prises à la suite d'une concertation Directions Pdt de CME.

Mesures assez communes.

Pour l'EPSM des Flandres comme nos collègues des autres Epsm du GHT, nous ouvrons dès lundi deux unités dédiées d'une petite dizaine de lit pour des patients nécessitant une hospitalisation en psy et covid + ou suspects une sur le littoral à Cappelle, l'autre en Flandres intérieure sur le site de Bailleul.

Par ailleurs demain début d'un point téléphonique d'écoute pour les professionnels de santé du littoral Dunkerquois (assuré essentiellement par des psychologues).

Renforcement des équipes de liaison au CH Dunkerque pour soutenir les équipes et répondre rapidement aux troubles psychiques (réactionnels ou autres) présentés par les patients hospitalisés au CH D.

Émerge une demande d'accompagnement ? De participation ? Aux réunions pluriprofessionnelle qui vont décider du « tri » des bénéficiaires de soins en cas de pénurie de possibilités (réa, respirateur...).

Sachant que la vague vient d'atteindre le littoral Dunkerquois et que les lits de réa du CHd commencent à être saturés...

Bon courage à vous

Amicalement

Eric

Madame, Monsieur, Bonjour,

S'est tenue ce jour entre les EPSM de l'Agglomération Lilloise, de Lille Métropole, des Flandres et de Saint-Venant une 2^{ème} réunion de crise.

Au regard de l'évolution de la situation et du passage au stade 3 de l'épidémie COVID 19 durant le week-end dernier, la décision 1 concernant les CMP et la décision 5 concernant les sorties et visites des patients hospitalisés actées vendredi 13 mars au cours de la réunion de crise 1 sont modifiées comme suit :

1) CMP des secteurs de psychiatrie adulte et des secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

- Déprogrammation de toutes les consultations qui peuvent l'être sur décision médicale. Seules sont maintenues les consultations indispensables (traitement retard notamment).

- Prise de contact téléphonique par le consultant (psychiatre, psychologue, IDE...) avec les patients pour déprogrammer les rendez-vous et évaluer les situations. Si inquiétude :

- Proposer un RV au patient au CMP.
- Organiser une VAD.

- Garantir un accueil des situations non programmées dans tous les CMP.

- Réguler les salles d'attente, notamment en pédo-psychiatrie avec 1 seul accompagnant par enfant.

2) Patients hospitalisés :

- Pas de sorties temporaires ni de permissions.

- Pas de visites, sauf avis médical contraire.

- Plus de déplacements aux audiences devant le Juge des libertés.

Il convient de veiller, en conséquence, à un assouplissement des règles d'utilisation des téléphones mobiles pour que les patients maintiennent un lien avec leur entourage.

Autres consignes :

3) **Il convient d'annuler toutes les réunions non indispensables ou urgentes impliquant le regroupement de plusieurs personnes dans une même pièce.**

4) **Les déplacements des professionnels** au sein de l'établissement doivent être limités au strict nécessaire et il convient de privilégier les communications par mails.

5) **Les communications officielles sur les conduites à tenir en matière d'hygiène, de port de masques... émanent exclusivement de Monsieur le Dr TACHON, médecin hygiéniste.**

Ces décisions s'appliquent dès ce lundi 16 mars 2020.

En fonction de l'évolution de la situation, ces dispositions pourront évoluer et vous en serez informés immédiatement.

Hello Marc

Je suis de loin,

Pour ce que j'en sais à Armentières, les suivis et consults présentiels sont reportées (ou téléphone) sauf nécessité.

On fait ce qu'on peut avec les absences (mon service : 3, 5 PH en moins dont moi et 2 arrêt maternité).

Un roulement présentiel se fait sur les CMP pour répondre et anticiper sur des situations à risques.

En hospit, tout le monde est plein mais pas de COVID+ pour l'instant.

J'ai eu retour d'une réunion de ce midi (tendue et décisions qui ont eu lieu cette am n'étaient pas celles qui avaient été retenues en réunion !... tension +++ dir et pcme ...).

Décision de faire une unité covid sur les 15 lits d'hospit de mon unité...

Les patients hospitalisés ? ils sont répartis ailleurs dans l'hospital... à Armentières... dans des étages s'il faut...

Aucune considération /t aux patients, il faut vider...

Je sais pas ailleurs, mais la nouvelle gouvernance montre les dents... et son absence totale de bienveillance.

Amitiés

Bertrand qui continue a aller mieux :))

Bonsoir

Merci beaucoup pour ce mail.

A Pinel aussi tout se réorganise. Je mets en PJ les nouvelles organisations.

Les équipes sont tendues.

Les soignants ont du mal à comprendre pourquoi pas de masque pour tout le monde.

Un roulement a été mis en place, certains sont sur leurs lieux de travail habituel, d'autres sont chez eux en réserve, d'autres sont en télétravail.

Bref tout le monde recherche un nouvel équilibre.

Ce qui fait chaud au cœur, c'est l'engagement de la plus grande majorité pour accompagner au mieux les patients dans ce contexte particulier.

Les téléconférences se mettent en place. La téléconsultation aussi dans sa version « par téléphone » mais aussi en vision car plusieurs postes ont été aménagés. On a aussi mis en place des postes afin que les patients, notamment en longue évolution, puissent contacter et voir leurs proches.

La cafet continue mais sous une forme modifiée, les patients passent leurs commandes et ils sont livrés ds leurs unités...

Les patients sont appelés de façon rapprochée, et certaines VAD sont maintenues pour les plus fragiles.

Nous en sommes aussi à la mise en place d'une unité COVID Psy pour des patients dont les fonctions respiratoires ne sont pas trop altérées. Mais ce n'est pas encore finalisé. Il nous faut nous assurer la faisabilité du projet : assez de moyens soignants sur la base du volontariat, idem au niveau médicale. Tout n'est pas encore garanti.

Il y a la tension de toutes ces organisations et aussi cette attente du pic de l'épidémie qui plane au-dessus de nous tous...

J'espère que vous allez tous bien.

Restons en contact...

A très bientôt

Amicalement

Valérie

Chers confrères

En cette période de crise sanitaire et de réorganisation de nos activités, j'aimerais partager avec vous et les collègues des Hauts-de-France la situation de nos établissements.

À Prémontré, après une phase d'arrêt des activités ambulatoires coïncident avec le confinement de la société, les angoisses des soignants à l'arrivée de l'épidémie (l'Oise était atteinte depuis quinze jours), les unités d'hospitalisation ont vu leurs activités se ralentir, le confinement est généralisé et dans l'immédiat bien toléré. Quelques collègues ont été malades dans la région de Soissons. Ouverture d'une unité Plan Blanc dédiée à des patients infectés initialement de notre établissement, création d'une cellule d'écoute psychologique pour les personnels en difficulté (début d'activité lundi). Les professionnels sont volontaires pour renforcer les équipes de l'intra-hospitalier.

Au niveau de mon pôle de pédopsychiatrie, nous avons mis en place une plate-forme internet qui a permis très rapidement des mises en lien des collègues confinés à leur domicile, organiser les activités (prise de contact de patients), réunions audio (ce matin nous étions une dizaine pour une réunion HDJ Ado d'une heure et demi), les réunions sont organisées pour les différentes unités et c'est très fonctionnel. Nous utilisons d'autres modalités de lien - Skype, Whatsapp -, en réduisant le presenciel. Cette application permet également de communiquer entre différents services de Prémontré ou de personnes extérieures.

Nous sommes dans l'attente...

J'espère que vous allez tous bien

Au plaisir de vous lire

Amicalement

Dominique

Bilan régional SPH

Quatre remarques préalables :

- 1 Grandes différences entre les EPSM, les Centres hospitaliers généraux et les CHU.
- 2 Comme on pouvait s'en douter, on a constaté des difficultés de coordination entre les équipes de direction et les équipes médicales, surtout au tout début de la décision de confinement du 16 mars. Avec là encore des différences manifestes si on sépare les EPSM et les CHG.
- 3 La protection des soignants (et notamment le port de masque) est un des sujets le plus problématiques, surtout dans les EPSM. Il a été à la source, localement de discours autoritaires, de violences verbales et de menaces.
- 4 Nombreuses questions concernant une nouvelle organisation des soins mis en place depuis le 16 mars. Cette organisation semble partagée dans les grandes lignes par les secteurs sans réelle spécificité régionale. Mais pour combien de temps ? On repère des craintes si le confinement persiste, avec des situations localement qui risquent de devenir explosives, (arrêt de certains traitements, violence familiale, sevrage forcé, ambiance de peur, etc.), avec la survenue peut-être de nouvelles formes pathologiques liées à ce contexte.

1. Protection des soignants et des patients : les masques, les blouses et les tests de dépistage.

Le problème s'est posé différemment dans les Centres Hospitaliers généraux et le EPSM.

- Dans certains Centres hospitaliers (ex de valenciennes), les équipes ont rapidement porté masques et blouses de manière systématique.
- En revanche, dans certains EPSM, concernant les protections, manque de clarté, insuffisance des précautions. Manque de matériel. Discours parfois moralisateur ou faussement rassurant, voire menaçant. Climat d'insécurité avec absence de soutien.

Situation parfois localement violente entre équipes soignantes et équipes de direction. Par ex, à l'EPSM agglomération lilloise, surtout en début de crise, diffusion de procédures d'utilisation de masque par l'autorité administrative qui s'avèrent trop restrictives, source de danger car complètement décalées avec la réalité du terrain (pas de délivrance de masque en cas de suspicion de patients covid+ avant d'avoir tracé la confirmation de ces doutes par 3 personnes : un médecin généraliste, le Samu et le médecin hygiéniste joignable par tél.).

Pour les VAD, les Injections IM retard au CMP, au début du confinement, dans certains EPSM, injonction et interdiction de porter masque et blouse pour les patients asymptomatiques.

Difficultés pour les équipes entre elles à respecter les mesures barrières (réunions, moments de convivialité, moments du déjeuner). Difficultés parfois pour arrêter des réunions avec plus de 5 personnes.

Pour l'instant, pas de priorité de test de dépistage pour les soignants.

Pas de dépistage non plus systématique pour les patients hospitalisés si ceux-ci présentent des signes infectieux.

Concernant le sha, après des défauts locaux d'approvisionnement, il semble qu'il n'y a plus de pénurie pour l'instant (avec fabrication locale satisfaisante).

2. Réorganisation des secteurs

Convergence avec le constat d'une démarche commune qui est effective sur tout le territoire et aussi en région. De manière générale, diminution massive de l'activité liée à des mesures impératives de confinement (éviter consultations présentielle, les groupes thérapeutiques, avec tentative de proposer des solutions alternatives).

Si on regarde de plus près, les fonctionnements des secteurs sont peut-être plus disparates concernant notamment l'activité des unités d'hospitalisation, concernant aussi le maintien des consultations présentielle en CMP (modalités de RDV pour les nouvelles demandes).

Là aussi, il faut distinguer les CH et les EPSM : activité de liaison, liens différents avec urgences et services MCO, redistribution différente des soignants.

Ces nouvelles modalités fonctionnent plutôt bien mais suscitent une inquiétude légitime sur la pertinence de cette organisation en cas de prolongation du confinement.

3. Téléconsultation

Les téléconsultations ne sont pas du tout la norme aujourd'hui.

A présent, les téléconsultations se comparent aux consultations téléphoniques dont on perçoit les limites (simple soutien ? – relation plus difficile – quid des nouvelles demandes ?).

Difficultés à mettre en place ces téléconsultations, initiatives locales avec une crainte à l'égard de ce nouvel outil (craintes des administrations et de certains médecins).

4. Travail à domicile

Travail au domicile peu encouragé, souvent refusé pour les soignants alors qu'il existe des directives gouvernementales, bien avant le 16 mars.

5. Risques pour les patients

Plusieurs risques apparaissent concernant la qualité des soins.

Patient connus : risque de perdu de vue avec conséquences.

Vigilance sur les risques au domicile lié au confinement : violences conjugales, sur mineur, etc.

Quid des nouvelles demandes ?

Sevrages forcés (la plupart des services d'addictologie sont fermés).

Respect des droits fondamentaux :

- Libertés non respectées des patients avec application des règles de confinement à l'hôpital (liberté d'aller et venir, visites, etc.).
- Absence d'intervention du juge des libertés pour les patients en soin sans consentement.
- Secret, confidentialité.

6. L'addictologie

Addictologie : on s'étonne de leur fermeture quasi générale (quid au CHU ?)

Et :

- Vigilance sur les sevrages forcés.
- Réponses locales : Par ex, astreintes d'addictologie le WE, ouverture au CP2A à Lille de 5 lits réservés pour les sevrages avec participation des équipes d'addictologie (médecins et infirmiers).

7. Les unités psy covid 19

Fonctionnement très différent des centres CH et EPSM.

La plupart de ces unités viennent d'ouvrir : crainte du personnel sur les mesures de protection à prendre, sur les soins médicaux pertinents, sur les possibilités de transfert en cas de signes de gravité.

8. Soutiens pour les soignants

On déplore le manque de coordination entre les établissements et les décisions sans concertation avec les médecins :

- Ouverture de plusieurs lignes au CHU sans participation des EPSM (à part une ou deux exceptions).
- Mise à disposition des psychologues sur le GHT sans participation médicale.
- Lignes supplémentaires ouvertes au CAP (Centre d'accueil permanent rattaché au CP2A) mais avec une communication peu claire.

Un aspect positif concernant l'Espace Ethique de la F2rsm : mise en place d'une « veille éthique » pour les soignants en lien avec l'ERER.

9. Coordination équipes de direction – équipes médicale

Là encore, il faut distinguer les CH et les EPSM.

- Les secteurs de psychiatrie dans les centres hospitaliers ont bien souvent été très isolés pour réorganiser le fonctionnement. La priorité des équipes de direction a concerné la MCO.
- Dans les EPSM, si les équipes de direction ont été immédiatement très présentes, on déplore dans les suites du 16 mars la prise de certaines décisions sans réelles concertations avec les équipes médicales, voire des injonctions à obéir.

Ce manque de coordination s'améliore et nécessite à présent une vigilance des médecins.

Pierre

ÎLE-DE-FRANCE

Bonsoir

Je vais vous répondre avec ce que je sais du GHU auquel je suis rattachée : GHU regroupant Sainte Anne, Maison Blanche et Perray Vaucluse, 3 gros hôpitaux dont les secteurs couvrent une grande partie de Paris excepté le 13^e et les secteurs relevant de Saint Maurice.

Trois unités Covid sont ouvertes depuis quelques jours : situées à Bichat ; Sainte-Anne (service neuro transformé) ; Henri Ey. Déjà pas assez de personnel donc appel à la pédopsy.

En pédopsy, organisation d'une permanence avec les volontaires ; visites et consultations si très urgentes ; masques et gants arrivés depuis peu en quantité faible. Situation dramatique des familles en hôtel social confinées dans une chambre avec des enfants perturbés. On leur donne des attestations de sortie.

Amicalement

Fabienne

Bonsoir,

Je vais bien et me considère très privilégiée pour le moment, l'UMD étant très protégée du fait de son cadre sécurisé, du peu d'allers et venues que nous avons de base, etc. Nous n'avons pas de cas pour le moment. Et vous ?

Je peux d'ores et déjà vous parler de ce qui se passe sur mon hôpital : pas mal de COVID+ dans qq secteurs, créations d'une unité dédiée à ces patients avec projet de 2^{ème}, chaque pôle s'est réorganisé avec création d'une unité dédiée aux entrants pour faire SAS et essayer de dépister les cas éventuels avant de les transférer vers un autre pavillon. Les structures ambulatoires sont fermées avec les CMP qui gèrent les urgences et font de la téléconsultation je crois. 2 secteurs commencent à être démunis pour cause de psychiatres en arrêt. J'ai d'ailleurs entendu que Paul Jean François était arrêté mais je ne sais pas ce qu'il en est réellement...

Amicalement,

Marion (VILLEJUIF)

Bonjour

Je vais bien

En termes d'offre de soins nous avons fermé les HDJ et CATTP. Nous réduisons au maximum les consultations dans les CMP.

En fermant les structures ambulatoires nous avons récupéré des soignants ce qui nous permet d'en laisser chez eux à tour de rôle pour avoir des réserves en cas d'hécatombe.

Dans les UHTP nous avons moins d'entrants que d'habitude et les patients supportent de rester confinés dans l'unité sans sortie. L'hôpital a ouvert une unité pour patients suspects. Il y a ce jour 8 patients en fait peu suspects car apyrétique.

Le premier gros problème dans l'immédiat ce sont les agents. Plus de 200 arrêts maladie, certains sont malades, d'autres de façon préventive, d'autres sont en mode panique souffrant de HTA DID... 3 CDP malades. Et quelques unités où émerge de la panique. Un agent du service de Bertrand est décédé à son domicile. Il n'a pas été testé et avait une comorbidité mais son décès a probablement été déclenché par le virus.

L'autre problème c'est l'angoisse de la Direction et d'une partie des collègues qui du coup envisage de regrouper les entrants dans un pavillon où ils resteraient quelques jours, ce qui moi me paraît une aberration.

Ceux de mon équipe qui assurent la psychiatrie de liaison à Montfermeil disent que c'est l'horreur. Ils sont débordés bien qu'ils aient pratiquement transformé tout l'hôpital en unité Covid. Nous avons fait des propositions de soutien psychologique mais pour les patients ou les familles, mais pour l'instant pas de demande.

Au total dans une ambiance un peu folle irrationnelle où l'angoisse est inégalement répartie tout reste à peu près sous contrôle mais le dur est probablement à venir, peut être très vite si nous avons quelques patients atteints. Nous n'aurons pas suffisamment de masques, de blouses, de capacités de dépistage. La Directrice en cherche partout désespérément.

Voilà mon ressenti très subjectif, je ne sais pas si tout le monde te ferait le même retour.

Je te tiendrai au courant de l'évolution.

Bien à toi

Didier (VILLE EVRARD)

Bonjour Marc et Isabelle,

On tient le coup pour l'instant, merci, j'espère que vous aussi, vos familles et équipes.

Je peux te parler de mon département et aux alentours mais pas toute la région parisienne n'ayant pas eu le temps d'interroger tous les collègues ; dans mon pôle, on a que deux cas pour l'instant que nous isolons, les équipes sont mobilisées et motivées dans l'ensemble mais plusieurs personnes sont en arrêt en lien avec le COVID (la majorité en sont atteints, d'autres paniquées et inopérables) ; nous avons bousculé nos organisations : les CMP on leur demande de faire des consultations téléphoniques et présentielles si besoin, on assure les soins et les VAD si cela s'avère nécessaire, on leur demande même de remplacer les urgences en ce qui concerne leur file active afin d'éviter le passage de nos patients aux urgences générales et le risque d'être contaminés (je travaille dans un groupe MCO) ; les HDJ et CATTP : ont la consigne de maintenir le contact et l'écoute de toute la file active. L'équipe de crise est sollicitée quotidiennement. Le mot d'ordre : éviter les décompensations et les hospitalisations et rassurer les anxieux et déstabilisés par le contexte.

Pour l'Intra : sur les secteurs adultes : nous avons dédié un secteur pour les COVID sans gravité, nous essayons de nous équiper en quémantant les matériels (un scandale national, à réagir après la crise), un secteur pour tous les entrants avec confinement de 14 jours, et un secteur pour les personnes à risque afin de les protéger autant que possible.

Notre objectif : prévenir autant que possible, car malheureusement je pense que nos patients n'auront pas la chance d'avoir un lit de réa si besoin ; la région est saturée, on ouvre des lits de réa à tout va, sans le matériel adéquat avec le personnel dévoué, les volontaires non formés.

Nous avons monté une cellule de soutien pour les équipes de notre GHT ainsi que des séances de relaxation, méditation, etc.

Les collègues à proximité ont opté pour la création d'une unité dédiée également, tout le monde craint le jour où on devra transférer un patient...

C'est un résumé rapide, je ne sais pas si cela répond à ta question ; sinon je vous tiens au courant de l'évolution de la situation.

Amitiés

Teim (91)

Bonjour

Notre dispositif « UNISONJE » pour les 16-25 ans est opérationnel et déjà répertorié sur le site night line.

Bon courage à toutes et tous.

Amicalement

Teim

Situation Paris Ile-de-France

			Patients infectés	Soignants infectés	Ressenti	Matériel
J. Chambry	Pédopsy	75I09	1 enfant 11 ans	3 soignants	Qq angoisses mais bcp de solidarité	MC 24/03 Pas Blouses
M. Azoulay	UMD	Paul Guiraud	Sur l'hôpital 24 patients, 4 transferts, 1 unité COVID déjà pleine. Organisation en cours sur l'UMD	Certains soignants arrêtés terrains fragiles	Ambiance variable, certains ont peur et sont moins dispo, réflexion menée pour améliorer le quotidien des patients, tout le monde déplore le manque de protection et retard à l'allumage	MC depuis 23/03. Pas de FFP2 même dans l'unité COVID, vol de SB et Ch le weekend
D. Boillet	93G15	Ville Evrard	Qq patients atteints	193 agents sur 2500 dont 21 médecins, 100 agents inaptes pour fragilités, 1 agent décédé (comorbide ++)	Ambiance lourde mais résistante	MC mais la direction doit batailler pour qu'il y en ait suffisamment
Ph. Lavergne	Itep	Vitry sur Seine 94	Internat fermé (40 jeunes)	Liens téléphoniques		
J. Caubel	92G09	Erasme	1 confiné, 1 suspect, des test revenus - malgré symptomatologie évocatrice	Quelques uns	Ambiance bonne. Prévission de faire une unité COVID	MC patients fragiles, MC et B depuis le 26/03. FFP2 pour unité COVID assez pour 10 jours
T. Ghanem	PSY dans CHU	Essone	1 confirmé et 3 suspects	30 soignants arrêtés, 25 COVID et 5 « panique »,	Difficultés à faire les test. Unité covid dédiée. Cellule de soutien au personnel, séances de détente, équipes motivées et solidaires mais en difficulté, manque de moyen de protection scandaleux et mal toléré	MC mais pas assez de blouses
H. Bourat	94G03	CH Les Murets	8 suspects	11 IDE, 3 AS, 2 ASH, 2 cadres, 2 AMA	Ambiance bonne, solidarité +++	Retard à l'allumage mais désormais tout le matériel nécessaire
Ch. Libert				11 soignants testés + pas de signes de gravité		
B. Algranti Fildier	Pédopsy ORSAY			7 agents malades d'après elle mais seulement 2 ont pu être testés + en HDJ et 2 en unité de maternologie	Grand sentiment d'isolement, peu de moyens (bureaux sans lignes téléphonique pour appeler les familles, sans ordinateur connecté, poste PH vacant depuis 3 ans, une PH en congés mat. Elle-même est symptomatique mais le médecin du travail a refusé malgré son insistance de faire un test !	

Bonjour

Ce message arrive au moment où je me disais que nous avions, tous, peu communiqué, je pense absorbés comme à Cadillac dans la crise, avec peu de temps pour se poser et penser, et je m'apprêtais à vous écrire !

Première chose, nous avons écrit en urgence plein de protocoles, et je pensais à un espace de partage... Sans doute un peu tard, tout le monde a dû faire la même chose, réorganiser, gérer en urgence, écrire ses protocoles...

Pour l'instant, pas d'impact direct COVID majeur, très peu de patients suspects, qq soignants. En gironde, la crise est annoncée pour semaine prochaine vu l'évolution. Mais un tsunami en termes de réorganisation des soins.

Je vais tenter d'être exhaustive :
Côté psychiatrique.

Pour la pédopsy, je viens de recevoir un point global du chef de pôle que je vous recopie :

« Nous les avons entièrement repensés en quelques jours dans le cadre de la mise en place des mesures de confinement.

Nous avons fermé 4 HDJ sur 5. Deux sont prêts à recevoir des enfants de soignants (3 enfants reçus à l'HDJ de Cadillac encadré par des agents du Pôle dont le travail est relayé par d'autres) avec un troisième sur Podensac pour recevoir des enfants à risques d'exposition au COVID du fait de l'exercice professionnel de leurs parents en milieu exposé.

L'HJ La Demi Lune (11/16 ans) accueille 1 à 2 jeunes par jour et est en lien téléphonique avec les autres jeunes.

Nous avons fermé physiquement les CATTP et le CMPEA. **Mais nous nous inscrivons dans un objectif de continuité des soins.** Donc, l'ensemble des enfants et des familles suivies sont rappelées par les différents professionnels pour donner lieu à des consultations téléphoniques pour les plus grands, des entretiens parentaux et un travail de conseil, de guidance, de santé mentale publique et d'accompagnement face aux informations ou recommandations sur les différentes mesures à suivre délivrées par les médias et les autorités parfois mal comprises, mal appliquées ou source de situations de détresse (mère isolée avec un nourrisson dont les grandes surfaces refusent l'entrée car elle n'est pas seule par exemple).

Les professionnels du Pôle effectuent également des entretiens thérapeutiques avec certains parents connus ou pas des services adultes.

La quasi totalité de notre file active des familles de nos 3800 patients est ainsi appelée une à plusieurs fois par semaine par les professionnels selon les cas. Les médecins gèrent les traitements médicamenteux à distance. Ils poursuivent l'accompagnement administrativo-médical des enfants à destination de la MDPH. Toutes les nouvelles demandes sont prises téléphoniquement et donnent lieu à un rappel rapide d'autant plus si nous décelons des signes de gravité ou d'urgence ou de stress.

A ce jour, au niveau des médecins, deux sont en confinements stricts jusqu'à la fin de l'épidémie (un à 60 % et un temps plein), deux autres sont temporairement confinés avec une levée sous quelques jours éventuellement avec masque, une médecin est à 40 % et effectue des astreintes médicales dans le médico-social, une médecin à 80 % doit prendre des précautions sur avis de la médecine du travail en rapport avec son statut de mère nourrissant un jeune bébé. Malgré ces limitations l'ensemble de médecins assurent des consultations téléphoniques quotidiennes.

Nous avons quelques consultations présentielles pour certains jeunes fragiles (dont mère/bébés) ou décompensés.

J'ai demandé de traiter les demandes sur listes d'attente et de rattraper le travail de saisie, de mise à jour des écrits dans les dossiers patients informatisés et notamment des synthèses pour les HDJ (où les absences de professionnels des derniers mois ont entraîné d'importantes difficultés dans l'entrée de la totalité des données dans les dossiers informatisés).

Nous avons organisé les lieux de consultations avec des protocoles d'accueil et d'hygiène que vous trouverez en pièces jointes pour tenter d'assurer un exercice soignant avec le maximum de sécurité malgré les difficultés en approvisionnement de certains matériels (désinfectants surfaces et gel hydroalcoolique notamment). Nous avons fixé temporairement nos agents multisites sur un seul site et profité d'avoir de multiples sites pour maintenir des réponses de proximité par des professionnels connaissant les enfants, les familles, le secteur et les partenaires plutôt que de les rassembler sur un seul lieu qui risquait de concentrer les personnes (et donc d'augmenter les risques de contamination) et de proposer des réponses plus indifférenciées dans un moment où les gens ont besoin de familier et de soutien. Ainsi, nous essayons de cloisonner au maximum les espaces d'exercice pour éviter la contamination entre patients, entre professionnels ou entre patients et professionnels. Les médecins soutiennent les professionnels isolés sur des sites éloignés ou à leur domicile. Chaque médecin a gardé la référence clinique des UF où il intervenait avant le confinement. Si besoin d'un entretien physique, nous nous les répartissons entre médecins non confinés au plus près du domicile des patients. ».

Je n'ai pas un point aussi détaillé du côté des adultes... Je venais de demander aux chef(fe)s de pôle et cadres sup de prendre le temps de le faire.

Globalement, les CMP fonctionnent mais sont fermés aux consultations courantes en direct, avec l'objectif de garantir la continuité des soins, le travail se fait en téléconsultation par téléphone, avec maintien de qq Cs en présentiel si c'est indispensable ou VAD si besoin. Il a été évoqué le fait que les équipes passeraient au minimum requis si les équipes des unités d'admission sont décimées, mais nous n'en sommes pas là. Les patients commencent à souffrir du confinement et nous allons sans doute vers des décompensations importantes, on ne les touche pas pour l'instant.

Les HJ (équipes autonomes) et CATTP (qui fonctionnent avec les équipes des CMP avec double affectation) sont fermés pour deux des HJ, un seul reste ouvert avec accueil des patients et activités, les deux autres ont redéployé du personnel vers les unités d'admission pour partie, certains sont restés sur place avec suivi téléphonique, parfois accueil, je n'ai pas le détail pour le suivi des patients (qui ont quasiment tous un suivi CMP) (je demande des précisions que je vous transmettrai).

Pour les unités d'hospitalisation, tsunami : nous avons 100 lits d'UMD, 40 lits d'UHSA, 253 lits d'admission et 67 lits de réhabilitation/longs courts ce qui fait 460 lits au total.

Il a fallu dégager 10 % de nos lits pour créer les unités de délestage des hôpitaux de niveau 1 et 2, ce qui fait 45 lits. Nous avons réouvert une unité désaffectée et vidé une unité de 25 lits sur un site décentralisé, dans un hôpital général à côté d'une unité de médecine et de SSR, mais hôpital sinistré en

termes de médecins et infirmiers. On ne sait pas encore, si délestage il y a, quel type de patients nous recevrons et pris en charge avec quelles équipes et médecins... Je n'ai pas de réponse du côté du PCME du CHU et celui du GHT pour le savoir, je les ai relancé hier... on y manque de pieds de perf, pas d'oxygène bien sûr... Si délestage, ça va être très difficile.

Nous avons par ailleurs créé deux unités pour patients psy et COVID+ (y en a qui auront la peste et le choléra) ; une unité de 12 lits sur l'UMD pour ces patients et ceux de l'UHSA, à la place de l'USIP qui ne peut donc plus absorber les patients qui ne peuvent rester sur les unités d'admission classique, ce qui va poser problème; une unité de 22 lits pour les patients hospitalisés pour une pathologie psy et qui seraient malades du COVID en plus, et ne pourraient rester à domicile confinés du fait de leur patho psy. Nous avons embauchés 3 généralistes remplaçants dont un urgentiste pour assurer leur suivi sur les deux unités, échelon 13 !! Les soignants sont tous des volontaires venants de toutes unités pour y travailler. Cette unité accueille ses premiers patients cas suspects demain. Cette deuxième unité s'est créée en sortant les 32 patients réhab/long cours qui y étaient, ils ont été pour partie entassés sur la deuxième unité long cours qui est passée de 18/19 à 32, avec des chambres à 5, on va revoir ça car ce n'est pas acceptable, mais la quadrature du cercle est devant nous tous les jours. 5 patients de cette unité ont été orientés vers les unités d'admission classiques, 4 d'entre eux sur l'unité 15/25 ans.

Globalement pour les ASE, la consigne est d'être le plus possible confinés et sans contact patients, elles et ils travaillent donc à domicile par téléphone, avec 1 à 2 j sur leur unité pour saisie des obs et ou cs qui ne peuvent se faire autrement. Les AMA sont aussi beaucoup moins au contact des patients et autres membres du personnel.

Pour les 15/25 ans, dont je m'occupe actuellement (très peu, mais avec un jeune collègue qui assure un mi-temps en suppléance de la PCME) mais les équipes restent investies : (1 hj 15 places qui en accueille habituellement 35, une unité d'hospit long court de 14 places et 5 hj).

Les 2HJ 15/25 ont été fermés, les jeunes sont au domicile pour la majeure partie, une a été admise après qq jours sur l'unité d'hospit, l'équipe assure un suivi téléphonique depuis l'unité d'hospitalisation où ils travaillent maintenant (2 éduc, 1 inf et 1 AS pour celui de 15 places). Pour l'unité d'hospit, certains patients sont rentrés au domicile chez les parents pour le confinement, pour libérer des places pour l'accueil des patients long cours de l'autre unité (on accueille un de 56 ans, 1 de 42....) d'où des tensions... Je pense que ça ne va pas tenir sur les semaines de confinement annoncés et je ne sais pas comment on va faire pour limiter les dégâts.

Pour nos unités d'hospitalisation, les unités qui accueillent des patients sous contrainte restent pleines, les unités ouvertes pour SL ont de la marge pour l'instant, le confinement a entraîné une diminution des demandes, ce qui a permis de vider l'unité de 25 lits, mais on remonte doucement en pression. Je n'ai pas pu y passer depuis un moment, je n'ai pas trop d'info sur ce que vivent les patients hospitalisés avec la suppression des visites, des sorties en ville et permissions...

Globalement côté somatique, un gros souci pour le matériel de protection disponible. malgré un travail intense des équipes de pharmacie depuis un mois et demi, services économiques, secrétaires du DIM (notre chance est que notre médecin DIM est médecin de santé publique épidémiologiste, elle a consacré ses jours et nuits, we compris, à travailler les protocoles avec l'aide de qq médecins fortement impliqués), pour faire des commandes et chercher des fournisseurs qui ont du matériel, chercher des dons, nous n'avons que très peu de matériel, on en est aux combinaisons de peintre en bâtiment, masques de chantiers, masques en tissu avec des couturières bénévoles qui en font pour ceux qui ne sont pas en direct près des patients... Nous n'avons que qq centaines de masques chirurgicaux, ce qui ne fait pas une journée si on doit équiper les professionnels... Un peu plus de FFP2 car nous en avons récupéré des périmés qui peuvent encore être utilisés, et 3/4 jours de vêtements de protection classique, et pas de bricolage.

J'ai lancé une opération com sur le manque de matériel criant, demain photo des psy volontaires, habillés de sacs poubelle, gants de ski, masques de plongée et autres joyeusetés, pour dénoncer la façon dont nous sommes les grands oubliés, comme si être soignant ou patient psy protégeait du virus (ou pire, c'est pas grave s'ils en meurent ??). on diffuse pour partie continuer la recherche de dons, pour partie protester. on vous fera passer les photos... je ne suis plus multibras comme au congrès (cf. photo de Bernard) !!

Sinon, on participe à la création d'une cellule d'écoute et de soutien pour la population générale et les soignants, en association entre notre unité de psychotrauma et Perrens, avec les psycho qui y consacrent une partie de leur activité et les psycho libéraux et bénévoles. Elle est opérationnelle cette fin de semaine, montée en qq jours.

Côté ambiance, une directrice qui reste clivante, donc elle ne veut pas de représentants du personnel à la cellule de crise, elle ne veut pas diffuser les CR, ce qui entraîne une crise de confiance...

Comment cela se passe chez vous ? Vous organisez un partage d'expérience qq part ?

J'espère que ce n'est pas trop dur, pour moi, je ne suis quasiment plus à faire de la psy, mais de la cellule de crise, de l'organisation... bon, un avantage, ça permet de rencontrer des collègues somaticiens qu'on ne voit pas habituellement !! je tente de me recentrer mais suis happée régulièrement par ce coronavirus !!

Amicalement

Anne

Le 2 avr. 2020

Bonjour cher(e)s collègues

Ce mail pour partager une grande colère !!

Nous venons de recevoir ce matin 2 avril un mail de l'ARS, nous donnant les consignes pour l'organisation des CMP, des soins...

On a fait quoi depuis un mois ?? On a enfilé des perles ?? Ils sont totalement inexistantes depuis le début de la crise, nous avons reçu nos premiers masques seulement vendredi dernier, et là, ils nous pondent des consignes et recommandations ??

Heureusement pour les patients et les équipes que nous ne les avons pas attendus pour réfléchir, réorganiser, protéger !!!

J'espère que le « Ça va mieux en le disant » va être opérationnel pour moi, parce que je suis vraiment très en colère de leur attitude.

Cordialement

Dr Anne Moreau

CH Cadillac

Bonjour

Voici qq éléments que je peux te donner à ce jour.

En ce qui concerne la situation charentaise le chcc s'organise du mieux qu'il peut dans le respect des consignes...

L'accueil ainsi à été centralisé avec un dépistage somatique en premier.

Une unité d'hospitalisation a été prévue pour les patients contaminés.

Un pump a été mis en place et on est en train d'organiser des permanences téléphoniques de psychiatres en plus des infirmiers et psychologues.

Idem pour le suivi des patients en CMP afin d'éviter les rehospitalisations.

On a des masques et de la solution hydro alcoolique.

Voilà les derniers éléments dont je dispose ! Je suis prête à t'aider si je le peux.

Bon courage

Très confraternellement

Marie-José

----- Courriel original -----

Objet: Re: Fwd: Re: Aide orientation Etudiants en confinement

Date: 2020-04-07 10:13

Bonjour Monsieur,

L'équipe de l'Espace Santé Étudiants de Bordeaux et la consultation délocalisée du pôle 347, en association avec le CROUS Aquitaine ont organisé une réponse graduée de soins psychiques pour les étudiants.

L'Espace Santé Etudiants assure une permanence téléphonique où les étudiants peuvent avoir une consultation de première ligne avec des IDE et Médecins Généralistes dite Accueil Ecoute. Les psychiatres et IDE du centre hospitalier Charles Perrens donnent des avis aux professionnels pour les cas complexes.

Si des soins psychiques plus intensifs ou nécessitant un avis psychiatrique sont nécessaires, nous assurons le relais par téléconsultation IDE et psychiatre, pluri hebdomadaire si besoin.

Pour les cas d'étudiants isolés, si la situation clinique le nécessite, nous assurons des Visites à Domicile dans les logements CROUS.

Nous avons ouvert une boîte mail pour les étudiants du campus de Bordeaux Métropole, les directeurs de résidence, assistantes sociales ou médecins généraliste. Ils peuvent nous contacter directement pour initier un suivi si besoin. Nous travaillons en réseau avec les différents points d'accès aux soins (pass'mirail, la maison des ados 33, les services de la filières urgences...).

Pour nous joindre :

Espace Santé Etudiants: 05 33 51 42 00

Equipe du pôle 347: psy-ese@ch-perrens.fr

Vous pouvez donner mes coordonnées sans souci à cette association et communiquer ces informations. C'est avec plaisir que je répondrai à leurs questions et les orienterai dans ce réseau.

Bien à vous

Dr Marion LENOIR-ROY

OCCITANIE

Bonjour

Merci de prendre de mes nouvelles, alors que cela fait un moment que j'ai abandonné tout espoir de voir un bout de lumière à la fin du tunnel hospitalier. D'ailleurs, j'avais proposé ma démission à la direction depuis octobre dernier, mais, ayant 154 jours de RTT, il paraissait plus raisonnable de passer à temps partiel pour les liquider et je devais passer par le tour d'avril prochain pour m'installer en ville et me libérer de l'hôpital !!

Concernant Béziers, le délire administratif a atteint des sommets, soutenu en cela par des médecins à la solde de « patrons » de l'hôpital avec l'âme fonctionnaire bien trempé.

Dès l'annonce du confinement, c'est la cadre supérieure du pôle qui prend les décisions (il est vrai qu'elle avait reçu 20 heures de psychiatrie pendant sa formation IDE, ce qui la rend amplement qualifiée pour « trancher » en matière de soins psychiques).

Le chef de pôle est enfermé dans son bureau à valider ce qui se décide entre notre chère cadre sup et un directeur de psychiatrie, fraîchement nommé après une carrière de sage-femme...

Lors de l'annonce du confinement, il y a dix jours, j'ai proposé à la cadre sup et à mes collègues, d'emblée, d'isoler deux unités, qui peuvent être totalement hermétiques, et de consacrer une de ces unités aux entrants lambda, où les patients seront confinés pendant 14 jours, avec repas en chambre et à la fin, soit de leur isolement, soit de leur hospitalisation, ils peuvent retourner à domicile ou intégrer les autres unités ouvertes. L'autre unité sera aménagée et cloisonnée pour la patients positifs avec couverture somatique adaptée.

Il se trouve que ces deux unités sont celles dont s'occupe le chef de pôle... Cette proposition a été rejetée, car, d'après la cadre, « il y a un comité (autoproclamé) qui réfléchit à la stratégie face au COVID 19 » et dont je ne fais pas partie, je ne suis donc pas habilité à réfléchir... En outre, cette solution serait « très compliquée » à mettre en œuvre car « il faudrait déplacer des patients... » et surtout que « les patients ne peuvent pas manger seuls dans leurs chambres, car il faut un soignant présent au repas !!! ».

J'ai donc proposé que chaque patient arrivant soit « isolé » pendant 14 jours dans sa chambre, dans son secteur, dans des chambres éloignées et adaptées, le temps de voir plus claire...

Même réponse et surtout « impossible de laisser les gens manger en chambre... ».

Bref.

Il y a deux jours, j'apprends, par pur hasard, que cet auguste comité de réflexion s'était réuni et avait décidé le suivant : le service des Airelles, au 2^e étage sera fléché COVID 19. Il s'agit d'un étage complet du centre Camille Claudel comportant deux ailes, avec un réfectoire commun et sans aucune séparation.

Une seule aile de cet étage sera COVID 19, avec des patients psy + COVID 19 +, mais qui seront *bien gentils*, car ils ne devront pas quitter leurs chambres, de leur plein gré, et ils prendront bien leur repas en chambre, mais il n'y aura aucune séparation, ni sas physique ou même une porte !!

Donc 16 lits covid + à gauche et 16 lits avec de patients psy lambda qui sont covid 19- à droite !! Bien entendu, dit le fameux comité, il n'y aura que de patients COVID + « légers » dans cette unité. Comme si un malade « léger » n'est pas contagieux !! Cela signifie, en gros, que les patients positifs peuvent contaminer les 16 négatifs de la même aile...

Le service n'allant pas être fermé « car on ne peut pas fermer un service ouvert, ce n'est pas légal... » dit le comité de réflexion, on va avoir un véritable « cluster » à Camille Claudel...

Le mieux, c'est que le service les Airelles est celui où j'exerce ! Nous sommes deux praticiens, le chef de service, 66 ans, a appris que son service a été « réquisitionné » par moi-même !! Aucun de nous n'a été, ni consulté, ni informé...

Sachant qu'il nous manque un mi-temps depuis deux ans et un plein temps depuis 6 mois, d'ailleurs, depuis fin octobre, je n'ai pas pu prendre de congé... En fait, les membres de ce comité ont choisi un service où aucun d'eux n'exerce...

J'ai bien entendu contesté cette décision irresponsable à mon avis, mais j'ai eu une réponse autoritaire, toute Macronienne, comme quoi « C'est décidé et ce n'est pas négociable... ». On se croirait à la Légion étrangère...

Le lendemain, j'arrive dans le service, et je constate que mes patients ont été mutés, d'office, toujours sans avertir personne...

J'ai donc pris la décision de ne plus mettre le pied dans ce service, ayant 61 ans, et cumulant, pratiquement, tous les facteurs de risque... J'ai adressé à la médecine du travail un certificat émanant de mon cardiologue, déconseillant mon affectation dans un service COVID +.

Le chef de service, lui, craque et il a peur, car lui aussi, il est fragile... nous avons élaboré, tous les deux, un courrier exprimant notre désaccord et demandant d'installer une visioconférence où on pourra exercer et intervenir auprès de nos patients et des équipes, à partir du CMP, où nous gérons, tous les deux, un fil actif de plusieurs centaines de patients du secteur, par des appels téléphoniques et avec les IDEL de ville...

Voilà, vous avez voulu avoir des nouvelles de Béziers...

Amicalement

Sulaiman

Bonjour,

Concernant le département de la Lozère, qui compte 72 000 habitants, La Psychiatrie s'organise.

Une cellule de crise se réunit bi-quotidiennement.

Des notes d'information sont régulièrement publiées en intranet à l'ensemble des agents, et des soignants.

Les recommandations ministérielles sont appliquées dès leur parution.

Les centres de jours sont fermés, les CMP restent opérationnels. Les équipes gardent un contact téléphonique régulier avec les patients dont le profil est particulièrement fragile. Des VAD sont également programmées pour certains d'entre eux.

Nous essayons autant que possible de recevoir directement en consultation ambulatoire les patients dont l'état psychologique est préoccupant, après un avis somatique, pour désengorger les urgences.

Nous manquons de masques FFP2, nous utilisons des masques chirurgicaux, surblouses et gants. Nous avons du gel HA en quantité limitée.

Nous ne déplorons pas pour l'instant de cas positifs au Covid-19 ni dans l'équipe ni parmi les patients.

Nous restons très vigilants.

Nous avons dédié une aile d'une unité d'admission, 10 lits, au Covid-19 à St-Alban.

Nous anticipons au cas où l'épidémie se renforcerait sur l'ouverture d'un plus grand nombre de lits.

Les admissions sont limitées aux stricts cas préoccupants.

Les consultations médicales au CMP se font téléphoniquement et pour certains en télé-médecine dans la mesure du possible. Les gardes sont assurées ainsi que les astreintes opérationnelles sur les deux sites de Mende et de St Alban.

Le lien avec les EHPAD et les centres médico-sociaux sont maintenus afin de régler les événements spécifiques au cas par cas et en temps réel.

Les équipes ne semblent pas présenter de signes d'épuisement, elles se soutiennent entre elles et sont solidaires entre elles.

J'espère que ce constat perdure malgré une éventuelle ou probable montée en charge pressentie.

J'espère que tu vas bien.

Avec tout notre soutien

Amitiés

Raphaël

Bonjour Marc

Je vais bien, merci. J'espère que toi aussi.

Tu veux un retour sur le psychiatrie en général à Montauban ou tu veux connaître la situation dans le contexte du confinement actuel ?

En tout cas ; je réponds de façon générale avec un point sur la situation actuelle.

A Montauban (le Tarn et Garonne), nous avons 3 secteurs de psychiatrie adulte et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Depuis le départ du Dr Paquis, qui était chef de Pôle, le management et l'organisation se sont détériorées de façon importante. Les projets du nouveau chef de Pôle sont anarchiques, « personnels » sans aucune concertation avec les autres psychiatres, consommateurs de personnel et d'énergie mais sans intérêt pour le Pôle. Les directives sont puériles et bizarres assez souvent.

Au niveau de la situation actuelle, pour s'adapter à l'urgence du COVID 19, les 2 unités du Secteur 1 dont le chef de Pôle, le Dr Chantal Martinez, est responsable sont transformées en 2 unités spéciales COVID 19. L'unité « Foville Fermé » du Secteur 1 est vidée de ses patients en soins sans consentement et elle est transformée en unité « d'urgence psychiatrique » car l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou récemment appelée l'unité de soins médico-psychiatriques aiguës (USMPA) est réquisitionnée par les urgences somatiques. L'unité « Foville ouvert » du Secteur 1 est libérée des patients hospitalisés pour devenir une unité vide en attente d'admission de « patients psychiatriques COVID 19 + ».

Voilà, j'espère avoir résumé un peu la situation. Si tu as besoin d'autres précisions, je suis à la disposition.

Merci pour le soutien

Amicalement

Mustapha

Secteur 3

CH de Montauban

PAYS DE LA LOIRE

Bonsoir à tous.

Les Pays de la Loire sont relativement épargnés par l'épidémie et le département de la Loire Atlantique s'est mobilisé très tôt. Sur le CH Georges Daumezon nous avons déclenché notre plan risque épidémique dès le 9 mars et créé une unité covid très tôt dotée de 10 lits. toutes les entrées symptomatiques passent 14 j en confinement avec une équipe dédiée et qui applique des règles de sécurité strictes.

Nous avons obtenu des tests et attendons les résultats pour déterminer la sortie des patients.

L'ARS a créé un groupe cellule de crise départemental pour la psychiatrie afin d'harmoniser les organisations avec un lien direct avec chacune des cellules des établissements psy. Nous avons comme dans les autres régions revu la gestion des soins en intra et en ambulatoire et mis des équipes en réserve en télétravail et teleconsultation. Nous avons refusé pour l'instant de transformer des lits de psychiatrie en lits de somatique. Nous réfléchissons à la création d'une unité covid en soins somatiques dédiée à des patients Psychiatriques afin qu'ils ne soient pas victime d'une perte de chance. J'adresse tous mes vœux de rétablissement à ceux qui sont touchés par cette épreuve. vb

Vincent

Bonjour Marc

Je vais bien merci, j'espère que toi et tes proches allez bien également.

Que veux-tu comme info ?

Pour le CH Daumezon, depuis le 13 mars, une cellule de crise se réunit tous les jours avec création d'un WhatsApp.

Réduction de l'activité ambulatoire avec fermeture des HDJ CATTP des groupes, mise en place de consultations par téléphone et d'une cellule de soutien pour les familles les professionnels confrontés à la maladie.

Organisation minimale de l'ambulatoire pour constituer une réserve sanitaire pour l'intra pas de visite, pas de permission pour les patients, contrôle de la température pour tous les professionnels tous les jours à la prise de fonction sur le site hospitalier.

Les professionnels sont maintenus sur un seul site d'exercice comme les assistants partagés avec le CHU.

Pour les nouveaux patients entrants prise de température et ouverture d'une petite unité covid 19 en cours avec des soignants volontaires.

Il y a du gel, des masques à utiliser avec modération.

Pour les professionnels possibilité de se restaurer sur place self ou panier froid, de se faire livrer les courses et d'avoir de l'essence gratuitement depuis ce matin.

Éviction des professionnels à risque avec mise en place de teletravail.

N° vert SPS 0805232336 24 pour les soignants en détresse.

J'ai certainement oublié des choses mais souligner le soutien présence et réactivité de notre direction solidarité et mobilisation des soignants.

Prends soin de toi et de tes proches/

Kahina

RÉGION SUD

Bonjour

En ce qui concerne Ajaccio, les psychologues sur sites de zones réa Covid interviennent directement dans les services.

Le DR CATTINO, président de CME et psychiatre coordonnateur CUM 2A m'indique « beaucoup de messages contradictoires sur les besoins des personnels : eux ont besoin sur le terrain ; beaucoup de problèmes de coordination venant d'en haut... ».

Fermetures de certains CMP et adaptation au jour pour les équipes psychiatriques ; il semble que les éléments contradictoires provoquent des difficultés de coordination entre psychiatres.

Difficultés inhérentes également au fait que les services de psychiatrie se trouvent sur zones délocalisées sur CASTELUCCIO et le centre d'hospitalisation est sur un autre site.

Difficultés inhérentes au fait que les services sont touchés par un grand nombre de patients COVID sévères avec nombreuses familles implantées.

En ce qui concerne BASTIA.

Face à la crise sanitaire exceptionnelle que connaît le territoire, le plan blanc a été déclenché le 12 mars avec trois mesures clés :

- Renforcement de la filière COVID spécifique (ambulatoire, hospitalisation, réanimation).
- Déprogrammation de certaines activités non urgentes.
- Mobilisation des professionnels.

En ce qui concerne la psychiatrie difficultés également ; désorganisation des équipes psychiatriques avec difficultés à la coordination.

Les deux secteurs de psychiatrie avaient 40 lits ; transformation d'un secteur en service COVID avec indication de mettre un service sur la clinique de FURIANI qui a mis à disposition 12 lits pour accueillir les « patients les plus stabilisés », le deuxième service intra hospitalier accueillera les urgences psychiatriques (20 lits) ; déménagement et constitution d'une équipe sur FURIANI à compter du lundi 30 mars.

Adaptation au jour le jour par l'ARS qui peut donner des indications ne tenant pas véritablement compte de la réalité du terrain et sans tenir compte de l'avis de l'ensemble des psychiatres.

Peu de lits initialement sur hôpital accueillant toutes les urgences du territoire avec apparition de décompensations psychiatriques en lien direct aux situations anxiogènes et de confinement, ce qui risque d'augmenter les décompensations psychiatriques habituelles avec restriction de lits sur hôpital.

Mise en place sur l'hôpital de binômes de psychologues par redéploiement à l'initiative du chef de pôle « permanence de soutien psychologique » CUMP activée dans le cadre du plan blanc avec cellule d'écoute et de soutien psychologique par téléphone à destination du personnel et des familles et du public (diffusion élargie), coordination avec psychologues sur sites de l'hôpital de BASTIA.

Réunion de coordination hier CUMP avec projet de mettre en place PUMP avec une nouvelle ligne téléphonique ; Par ailleurs CIVIC bloqué. Particularités : sur BASTIA peu de cas COVID (formes sévères).

En ce qui concerne les deux hôpitaux : difficultés à obtenir des masques FFP2 et de solutions hydroalcoolisées pour travailler en toute sécurité ; très grandes difficultés pour les infirmiers psychiatriques de secteur qui se rendent toujours au domicile pour soutenir les patients.

La psychiatrie apparaît toujours le parent pauvre de l'hôpital ; on fait appel à la psychiatrie en désorganisant les services, toujours en attente de la vague sur BASTIA.

Cela reflète un éclairage actuel de la situation de la Corse.

Jocelyne

Bonsoir,

Je ferai tout d'abord un point sur notre situation ici au CHU.

Équipés en masques et protection certes lente mais correcte.

Pas de covid parmi nos patients hospitalisés à ce jour.

Si patient suspect covid + mis en service isolé (l'hôpital de semaine « suicidologie » ayant été fermée) tant que nous n'avons pas deux tests PCR négatifs : si – retour unité.

Si + soit IHU pour début de trt (Pr Raoult) soit passage dans une unité de suite covid en fonction de clinique avec adjonction de 2 IDE « psy » par patient pour pouvoir s'en occuper sur plan psy et éviter toute déambulation dans soins MCO.

CATTP HOP DE JOUR fermés et nb ses consultations téléphoniques IDE et docteur.

CMP rapatriés sur le site de l'hop général, on est donc tous ensemble : travail de téléconsultation ++++++, entretien tel et NAP que certains IDE libéraux ont proposé de faire eux chez le patient et quand pas de libéraux > viennent en lieu dédié au cmp devenu intra hospitalier depuis confinement.

Difficultés au télétravail car accès logiciel spécifique psy que les services techniques n'arrivent pas à mettre en marche sur le domicile.

Urgences psy très très calmes en termes de fréquentation. Psy de liaison très calme aussi.

UHSA a pensé dédier unité covid dans leur mur si nécessaire et que pas besoin d'oxygène...

J'essaie de faire le tour des collègues de région syndiqués et si j'ai des info je vous fais passer.

Les équipes IDE semblent bien supporter le choc, les collègues aussi, bcp sont de réserve, sur le pont le chef de service et 1 ph pour les 2 unités temps plein, les psycho en réserve Masi astreinte CUMP et endeuillés et ligne spéciale soignants, travailleurs sociaux en réserve, secrétariat : effectif/2.

En clair pour ici, nous sommes armés et pas encore du tout dépassés.

Jean-Marc (APHM)

Merci Marc,

Oui ça va merci, un peu dur évidemment.

En ce qui concerne Toulon :

- Sur le plan des masques nous avons été plutôt bien traité, nous avons été mis sur le même plan que les services de soins somatiques (nous sommes dans un hôpital général).

Nous avons des masques depuis 10 jours environ et en quantité suffisante (deux masques chirurgicaux par jour) depuis une semaine. Tout le monde est en tenue hospitalière.

- En ce qui concerne les services d'hospitalisations, les sorties possibles ont été faites pour pouvoir accueillir du monde et aussi pour que les patients soient un par chambre (il y a quelques chambres doubles).

- Les HDJ et CATTP ont été fermés.

A Toulon les 3 CMP et les structures extrahospitalières sont dans un immeuble Haussmannien du centre ville.

Le maximum de consultations ont été annulées et remplacés par de consultations téléphoniques.

On a organisé l'accueil : à l'entrée on prends la température des patients, on leur fait se laver les mains 30 sec et il n'y a pas plus de 3 patients par CMP à la fois (les pièces sont petites) ; et on leur donne des papiers pour circuler.

On maintient les NAP, les piluliers, certaines consultations.

Il y a des VAD au cas par cas.

Les patients des HDJ et CATTP sont appelés tous les jours.

L'ensemble de la file active des CMP doit être appelée en principe.

On s'est mis en contact avec les services de tutelle et les IDE libéraux pour s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de prise en charge.

Pour l'instant ça va, l'enjeu bien sûr est d'éviter les ruptures de soins et d'éviter que les patients se rendent aux urgences.

L'équipe EMPP poursuit son travail essentiellement par téléphone avec les différentes structures et peuvent voir les patients au cas par cas. Il y a une autre équipe qui fait les maraudes (EMPS).

- Les urgences : ne sont plus hospitalisés que les cas graves à très graves.

Les patients qui viennent aux urgences, qui ne sont pas hospitalisés et doivent être suivis, peuvent bénéficier, sur indication médicale, d'un suivi téléphonique réalisé par un psychiatre et des IDE. Cela concerne les patients qui ne sont pas suivi par un secteur ou par un psychiatre libéral.

Pour l'instant il y a moins de passage aux urgences que d'habitude.

- Les patients psychiatriques qui auront le Covid seront hospitalisés dans un service dédié, sauf s'il y en a trop, on fera alors une unité dédiée en psychiatrie.

- La CUMP : la CUMP associé au plan blanc a été activée pour le soutien aux soignants. A chaque service exposé est associé plusieurs psychologues pour les soignants, et un psychiatre pour les médecins.

- Hôpital Pierrefeu, qui est le CHS du VAR.

Moins bien loti, ce que j'en sais c'est qu'en début de semaine ils n'avaient pas de masque.

Voilà je crois que j'ai fait le tour.

Pour l'instant ici c'est très calme en psychiatrie, pour le Covid la vague commence à arriver et évidemment c'est très anxiogène.

Amicalement

Véronique

Bonjour à tous,

Je peux vous faire un retour de mon établissement (distribution des masque cet aprèm prévue !!!)

- Pour l'APHM J-Marc peut le faire, tu peux me mettre en copie stp ;-)

- J'ai eu Alain A. pour le CH Edouard Toulouse hier soir : comme nous, unité covid en cours prête lundi sûrement, pas de masques pour les agents hormis ceux aux urgences mais cela va sûrement évoluer !!

- Pour Aix j'ai eu Blandine, il on libéré unité d'addicto avec IDE plus habitués aux soins somatique et présence de M Généraliste pour l'unité covid, et dispensation de masque a tout le personnel depuis 1 sem au moins.

- Pour Toulon je peux demander à Véronique.

Maxence

RENFORCEMENT DES MESURES BARRIÈRES :

Affiches dans les UF rappelant les gestes barrières.

Agents fragiles : voir médecine travail (et déclaration CNAMTS ?).

Agents en contact avec personne infecté : demander avis hiérarchique et médical.

Agents doivent se prendre température tous les matins !

Déprogrammer les réunions institutionnelles (hors réunions crise ou organisationnelle).

Mise en place de roulement, statut des personnes qui restent à domicile en réserve = en poste à domicile en service commandé.

Statut des personnes qui restent à domicile car télétravail impossible ou absence solution de garde pour enfant de moins de 16 ans = autorisation spéciale d'absence.

CH VALVERT

- Régulation pour la filtration supplémentaire (autre le concierge) par des soignants à l'entrée de l'hôpital.
- Favoriser télétravail et possibilité d'accès en lecture seule à son agenda depuis son smartphone.
- Effectif minimum à réfléchir pour chaque structure.
- Possibilité uniquement pour les médecins depuis un ordi personnel de réaliser de la visioconsultation via d'outil Médicam.
- Cotation pour l'ambulatoire : création d'un acte téléconsultation pour remplacer l'acte entretien.
- Tracer les actes psy réalisés pour les patients qui n'ont pas de dossier patient déjà créé (réflexion en cours et probable accord pour créer un dossier même sans voir le patient malgré problème d'identité-vigilance).
- Le médecin d'astreinte de semaine aurait accès au dossier patient depuis domicile pour limiter déplacement inutile.
- Création d'une ligne d'astreinte de pédopsychiatre disponible si le médecin d'astreinte de semaine à besoin de conseil pédopsychiatre en cas d'hospitalisation de mineur (moins de 12 ans per ex), numéro unique de régulation pour les soins et les urgences pédopsy de valvert.
- Lister les patients à risque de forme grave.
- Possibilité de demander via IDE hygiéniste, un spray de désinfectant pour éviter sur-consommation des lingettes désinfectantes à usage unique.
- Création base documentaire du l'intranet de l'hôpital à propos du coronavirus, info ministériel, info pour les enfants, mais aussi des sources biblio sur effet psychique du confinement et pour les équipes de soins situés en 1^{ère} ligne.
- Proposition bénévolat pour renforcer permanence téléphonique de la CUMP de l'APHM.
- Proposition de soutien psy aux équipes somatiques des hôpitaux généraux de la région (Allauch, Ciotat et Aubagne).

CATTP et SOCIO-CAFETERIA : FERMETURE

HDJ / CATTP : FERMETURE => Contacts téléphoniques et très rares VAD pour livraison repas en cas d'hospitalisation à domicile.

CMP :

- Maintien d'un accueil téléphonique et report (au cas par cas) les prises en charge non urgentes et favoriser les consultations téléphoniques.
- Liste et définition de niveaux de fréquence de rappel téléphonique des patients.
- Lien avec les institutions où résident les patients pour CAT, + maison gouvernée et appartement thérapeutique.
- Pas d'adressage au médecin traitant pour les RO pour ne pas emboliser la médecine générale + éviter cas contacts éventuels aux patients.
- Réflexion sur les NAP (soit VAD ? Soit regroupement au CMP la même demi-journée ?).
- Lister des coordonnées téléphoniques des IDE libéraux et fax pharmacie de secteur.
- Probable réorientations sur les secteurs, des patients ayant sollicité la CUMP (deuil...).

URGENCES :

- Importance à maintenir les avis psy car mesure barrière à la sur-hospitalisation en temps plein.
- Nombreuses admissions sur passage à l'acte hétéro-agressif de patient schizo ou autiste vivant en famille, ayant semble-t-il des difficultés à supporter le confinement.
- Grande difficultés d'admission en clinique privées et post-cure addictio.

HTP :

- Entraide pour les certificats inter UF.
- Limiter propagation virus
 - Port de la tenue pour les paramédical et médical ?
 - Formation à venir pour des rappels sur l'habillement et déshabillage et DASRI : le port de la surblouse, lunettes de protection à désinfecter.
 - Dépistage quotidiens des signes fonctionnels (toux + température + courbature + céphalée + anosmie + rhinite + diarrhée) du personnel et des patients et pour chaque admission.
 - Si doute : utiliser le kit d'urgence ! (FFP2 pour le soignant + chirurgical pour le cas suspect) et appel médical ou 15.
 - Pas de visite ni permission pendant 14j !
 - Ouverture pavillon 9h-18h, fermeture de clef des unités medico-administrative.
 - Faire sortir un maximum de patient stable psychologiquement et avec domicile avant le 1^{er} cas de COVID19 sur le pavillon.
 - Essayer respecter confinement y compris pour soignants donc grouper achat de tabac des patients, ou un pot à rouler pour le service ? Et favoriser des substituts nicotiques++
 - Arrêt chambre double.
 - Ménage régulier pavillon via ASH.
 - Lister les patients à risque de forme grave.
 - Réflexions sur les activités de plein air.
- Si cas suspect : Alerter.

- Lors 1^{er} patient infecté covid+

* Isolement respiratoire stérile et repas en chambre sur le pavillon COVID.

Une unité pavillonnaire de 22 lit et 2 cit a été vidée (patient ont été reparties) en attente de patient psychiatrique asymptomatique ayant besoin de soins psychiques sans dépendance oxygène, la formation du personnel pour habillage et déshabillage et mesure d'hygiène est en cours.

Pas de MG sur le CH Valvert, donc appel au bénévolat d'un interne de médecine pour visite 3/sem.

* Identifier les co-exposés ou les personnes de contact et évaluer le risque d'exposition.

LES DÉPISTAGES : Convention en cours avec le labo du CH d'Aubagne.

Nécessité de valider avec le labo les signes cliniques à partir desquels ils acceptent le réaliser le dépistage mais aussi à connaître le lieu et la modalité de prélèvement (auto/hetero écouvillonnage + crachats).

Les soignants seraient prioritaires et le patient symptomatique (toux et fièvre).

LES MASQUES

Mardi 24/03 : réception de 1750 masques chirurgicaux via ARS (stock d'état).

Aucun masque FFP2 !! Date prochaine livraison inconnue, mais probable livraison étagée.

Masques chirurgicaux 1/j par agent : distribué depuis le 09/03/2020 gériatopsychiatrie.

Masque chirurgicaux dans tous les pavillons à compter du 27/03/2020.

NB : Aucun cas COVID19+ sur Valvert à cette heure (seulement 1 cas suspect de contagion avec risque faible actuellement en CIT car maniaque).

NB : Urgences dentaires : appeler les urgences nationales 0892566766 qui nous donne un cabinet dentaire ouvert à proximité.

Lien Opérationnel par téléphone ou par mail avec les mandataires judiciaires du CH Valvert. Le guichet de mise à disposition d'argent reste assuré pour les patients en cours d'hospitalisation 1/2 journée par semaine, Pour les majeurs protégés qui résident en dehors de l'hôpital, l'équipe effectuera des VAD sur des points de RDV ou à domicile sur tout le secteur afin d'éviter des déplacements pénalisant pour les majeurs. A chaque entrevue, les mandataires distribueront des attestations de déplacements pré-remplies aux majeurs et elles ne manquent pas de leur rappeler les limites auxquelles ils sont astreints.

EN CAS DE RÉQUISITION du CH VALVERT POUR DES SOINS SOMATIQUES

Désignation d'une unité intersectorielle destinée habituellement aux patients névrosés en HL pour des lits de médecine.

DIFFUSION DE L'ALBUM « PAS LE CORONAVIRUS ! »

Le coronavirus expliqué par ton pédopsychiatre

Chers confrères, Madame, Monsieur,

Nous vous demandons de prêter attention à l'album que nous vous adressons à destination des enfants soignés en pédopsychiatrie ou pédiatrie, dans les centres médico-psychologiques (CMP, CMPP, CAMSP...), hôpitaux, de jour ou à temps plein, par tous les professionnels y exerçant.

L'album « Pas le coronavirus ! » a été conçu pour être lu sur smartphone, tablette ou ordinateur par les parents à leur enfant afin de l'aider à comprendre, le soutenir face à cette épidémie et aux conséquences qui en découlent pour lui.

Nous vous remercions de le mettre sur votre site et/ou d'en faire gracieusement la diffusion, le plus largement possible, aux professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux, éducatifs et psychologues. Cet effort sera une aide précieuse à nos consultants.

Je vous prie de recevoir mes sincères salutations

*Pr Gisèle APTER
MD, PhD,
Groupe Hospitalier du Havre,
Université de Rouen Normandie
Présidente SIP*



Votre enfant par exemple fait du bruit dès qu'on parle du coronavirus.
Il manifeste de l'inquiétude voire de l'angoisse.
Voilà une aide pour lui apporter des réponses et du soutien.

Noter : Les professionnels de pédopsychiatrie qui le connaissent seront bien placés pour vous conseiller très précisément. Méritez pas à les contacter si vous pensez que le confinement crée ou aggrave les troubles de votre enfant.



L'album tome 1 et tome 2 accessible sur :

<https://sip.sphweb.fr/2020/03/27/pas-le-coronavirus-album-bd-diffuse-par-la-sip/>

En plusieurs langues !



Et La version en animation est disponible

sur notre chaîne youtube « Info Psy » (3 épisodes)



À CONSULTER

■ GRILLE RESTE

Repérage, Evaluation et Soutien Téléphonique

Dr Onde et Dr Bryden

⇒ Pdf à consulter sur : <https://bit.ly/2WviGuL>

■ LE COVID POUR LES NULS

Dr Donon - Centre hospitalier Cadillac

Plan

- COVID : épidémiologie / clinique / bio
- CAT devant suspicion de COVID
- Orientation en unité COVID
- Fonctionnement unités COVID
- Gestion unités COVID pendant les gardes
- Gardes : gestion admissions / prévenir l'entrée du COVID dans les services ?
- Adapter nos traitements psychiatriques chez patient COVID + ou suspect
- Soignants CMP
- Comment gérer le confinement ?
- Comment protéger ses patients à risque ?
- Comment protéger se protéger soi et ses proches ?
- Que faire si je présente une hyperthermie voire une toux ?
- Rassurer ses équipes

⇒ Pdf complet à consulter sur : <https://bit.ly/3b7k7VJ>

■ SITE "COMME DES FOUS"

⇒ À consulter sur : <https://commedesfous.com/>

■ AIDE À LA PRESCRIPTION

Médicaments utilisés en psychiatrie – Conduites à tenir en cas de patients suspects et/ou confirmés COVID+

Hôpital Ch Perrens

⇒ Pdf à consulter sur : <https://bit.ly/2zUrkle>

■ CONTRAINTES EN PSYCHIATRIE ET COVID

Attention aux excès

Stéphanie Renard, maître de conférences HDR en droit public, Université Bretagne Sud.

⇒ Extraits de santementale.fr - À consulter sur : <https://bit.ly/3bRerQN>

■ BASE DOCUMENTAIRE DE L'AP-HP SUR LE COVID-19

⇒ À consulter sur : <http://covid-documentation.aphp.fr/>

■ MISE AU POINT QUOTIDIENNE SUR LE COVID-19

⇒ À consulter sur : <https://urgences-serveur.fr/mise-au-point-quotidienne-sur-le-covid-19.html>

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE METZ

RAPPORT DU PRÉSIDENT

D^r Marc Bétremieux



Chers Collègues,

Je remercie l'équipe régionale François Laruelle et Michel Decker, le staff 2019 et tous les internes de psychiatrie qui nous ont rejoints pour l'organisation de ce congrès SPH SIP.

Je remercie les membres du Bureau National du SPH pour leur engagement fort au long de cette année pour la défense de la psychiatrie publique. Pour ce congrès 2019, le bilan de l'année syndicale est placée sous le signe des émotions.

LA COLÈRE

Pour des moyens

La psychiatrie : des professionnels et des équipes

Sans professionnels en nombre adapté aux besoins des territoires, formés à une clinique psychiatrique intégrative et organisés en proximité et continuité, il est impossible de répondre aux enjeux de santé publique de notre discipline.

« La psychiatrie ne sera plus le parent pauvre, j'en fais une priorité de santé » : en 2018 Agnès Buzyn voulait préserver les financements de la psychiatrie ! C'était une manière habile de communiquer sur le fait de ne pas les augmenter et surtout de maintenir les effets dévastateurs de mesures d'économie imposées depuis des années à notre discipline.

Le SPH réfute les différentes annonces du ministère qui s'apparentent plus au jeu de

bonneteau qu'à une transparence réelle sur la volonté de revalorisation.

- ◆ L'ONDAM global 2019 des établissements de santé aura progressé de 2,4 % alors que celui des Dotations Annuelles de Financement n'a augmenté que de 1,6 % !
- ◆ L'augmentation de 1,6 % concerne la psychiatrie publique alors que le secteur privé lucratif se voit attribuer une progression de 2,7 % de ses crédits !
- ◆ Le dégel « exceptionnel » des réserves prudentielles prises sur la campagne 2018 : 50 millions d'euros dégelés, alors que 59 millions de réserves décidées en 2018 ! Et encore une mise en réserve du financement de la psychiatrie de 54 millions campagne tarifaire 2019 !

Nous avons été auditionnés par la Mission « flash » de Mme la Députée Wonner qui concluait le 6 février 2019 au sous-financement et au mal financement des établissements psychiatriques. Elle suggérait la mise en place d'un système mixte alliant dotation populationnelle et financements spécifiques, ce qu'avaient déjà affirmé le rapport IGAS et le rapport du Député Véran en 2017.

Sur la base de la feuille de route d'Agnès Buzyn, une Task Force sur le financement du système de soin est pilotée par Didier Guidoni et Clémence Marty Chastain. Avec cinq objectifs prescrits par la ministre :

- ◆ Rassembler les secteurs sous DAF et sous OQN dans un modèle commun mais « respectueux de leurs spécificités ».

- ◆ Faciliter les coopérations entre établissements et avec la médecine de ville et le secteur médico-social.
- ◆ Stimuler et soutenir l'émergence d'activités nouvelles et la recherche.
- ◆ Inciter à des prises en charge de qualité et développer des indicateurs résultats.
- ◆ Inciter au développement des prises en charge ambulatoire.

La Task Force propose de créer dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020 un « objectif national de dépenses de psychiatrie ».

Le modèle est fondé sur la combinaison de six modalités de financement :

- ▶ Une dotation populationnelle (ARPP) de 8,7 milliards au total ;
- ▶ Une part à l'activité ;
- ▶ Un financement à la qualité ;
- ▶ Le financement de nouvelles activités ;
- ▶ Le financement de la recherche ;
- ▶ Et le financement à la « qualité du codage ».

Dès le début de l'été les représentants du SPH ont participé activement à ces groupes de travail en y défendant un plan en phase réelle avec les besoins en soins des populations sous la responsabilité territoriale des secteurs.

Le projet de loi (PLFSS) pose le principe d'une mise en œuvre de cet ensemble au 1^{er} janvier 2021. Deux articles du PLFSS 2020 ont été proposés aux législateurs :

- ▶ Le premier article détaille l'objectif national de dépenses de psychiatrie, fixé par arrêté qui prévoit une dotation populationnelle, avec une répartition par région et qui prend en compte l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre régions.

L'objectif national prévoit aussi des dotations complémentaires dont le montant est fixé au niveau national et qui tiendraient notamment compte de l'activité des établissements et de leurs missions spécifiques, et la dotation sur des indicateurs de qualité.

- ▶ Le deuxième article détaille les grands principes du modèle et liste ce qui détermine le financement des activités de psychiatrie des établissements :
- ▶ D'abord une dotation issue de la dotation populationnelle tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire. Son poids dans les recettes de l'établissement peut être différencié entre les catégories d'établissement.
- ▶ Le financement des activités de psychiatrie des établissements prévoit aussi des dotations complémentaires tenant compte notamment de l'activité de l'établissement et des missions spécifiques qu'il assure le cas échéant.

Les critères de répartition des dotations par établissement pour l'enveloppe issue de la dotation populationnelle seront définis au niveau régional après concertation des représentants des établissements : nous aurons à exercer une extrême pression face à ces changements majeurs, car dans le même temps le gouvernement propose 4,4 milliards d'économie sur le PLFSS en 2020 !

Et l'ONDAM qui était notoirement insuffisant en 2019 au vu de l'état de l'hôpital doit encore diminuer en 2020 ce qui est un véritable scandale !

La semaine dernière, le délégué a présenté au Sénat avec la DGOS et la Task Force, les propositions de financement PLFSS 2020 issues de la feuille de route de la ministre.

Il affirme qu'en 2019, 80 M€ de crédits « exceptionnels mais pérennes » en première circulaire budgétaire ont permis d'engager « un effort de réduction historique des écarts de financement constatés entre les régions » à hauteur de 40 M€ pour les seules régions sous-dotées.

L'enveloppe inclut :

- ▶ 20 M€ pour la pédopsychiatrie, avec une instruction de la DGOS aux ARS en ce sens et une remontée des projets attendue pour le 21 octobre 2019.
- ▶ Un fonds d'innovation doté de 10 M€ en 2019, pour lequel les projets doivent arriver d'ici le 15 octobre 2019.
- ▶ Le déploiement de l'offre de soins en réhabilitation psychosociale avec une nouvelle circulaire budgétaire et une deuxième tranche de financement à hauteur de près de 6 M€.
- ▶ Enfin une enveloppe de 4 M€ pour l'ambulatoire.

Pour 2020 une première enveloppe d'amorçage de la transformation des établissements psychiatriques atteindrait 30 millions d'euros.

Nous partageons l'analyse du sénateur qui a « sorti sa calculatrice » pour évaluer l'ampleur de la hausse : « Par rapport à un budget de 9 milliards, ça fait moins de 0,3 % ». Si on indexe la hausse nécessaire à la psychiatrie sur l'évolution des dépenses générales de santé, ce n'est pas 30 millions mais 200 millions qu'il faut mettre sur la table !

Et avec un Ondam global prévu en diminution, ce financement sera pris évidemment ailleurs à l'hôpital ! Dans le contexte de tensions sociales que connaît tout particulièrement la psychiatrie, mais aussi les urgences, c'est tout l'hôpital public qui sera mis à contribution.



A propos de la démographie des psychiatres

« Nous avons un déficit démographique en psychiatres et notamment en pédopsychiatres, c'est une véritable catastrophe pour l'accès au dépistage précoce et la prévention ». Ce ne sont pas les syndicats qui l'affirment, mais Madame Buzyn et c'était en 2017.

En octobre 2018, en réponse au député Jean Pierre Door, la ministre a encore expliqué que le problème de la psychiatrie est « lié au manque de professionnels formés, au manque de psychiatres qui souhaitent s'installer dans les hôpitaux, à un déficit majeur de pédopsychiatres, qui est une discipline qui a été abandonnée ».

Alors pourquoi en 2019 limiter l'accès à la spécialité de pédopsychiatrie, alors que la profession et en particulier les universitaires de la discipline s'étaient engagés à former 185 pédopsychiatres ! Le ministère a proposé une deuxième liste réduite à 144 internes pouvant se former en psychiatrie infanto-juvénile. Elle a fait suite à une première proposition encore plus misérable de 117 qui nous avait fait réagir avec force !

Pourquoi devons-nous encore et toujours engager un rapport de force sur ce sujet alors que le constat a été fait très clairement par la ministre ?

Pire, en 2019, bien que la psychiatrie ait été choisie au 134^{ème} rang, les nouveaux internes l'ont délaissée et plus de 17 % des postes n'ont pas été pourvus, un record historique ! (Pour rappel en 2018, 4 % et 2017, 1,4 %). La psychiatrie participe en 2019 à hauteur de 50 % des postes non pourvus !

L'indigence des propositions ministérielles et les effets des derniers rapports catastrophiques

pour l'image de la psychiatrie ne se sont pas fait attendre !

Comment combler les vides actuels et à venir si l'on s'appuie sur les chiffres du CNG dans son bilan 2018 ?

En 2019 la diminution du nombre des psychiatres hospitaliers se poursuit avec un total de 5330 praticiens (moins 121 par rapport à 2015). Diminution cumulée chez le PH temps plein (moins 41) et surtout chez les PH temps partiel (moins 80).

C'est une diminution de 2.2 % des effectifs de psychiatres alors que le CNG précise que le corps des PH connaît un taux moyen annuel de croissance de 1.2 % (1.6 % pour les PHTP et -2.3 % pour les PH Tp).

Le taux de vacance statutaire continue de progresser pour la psychiatrie publique au-delà du taux moyen des autres disciplines !

- ◆ En 2019 : PHTP 6897 postes budgétés / 4749 occupés, Taux de vacance 31.1 %.
- ◆ En 2019 : PHTp 1132 postes budgétés / 552 occupés, Taux de vacance 51.2 %.

Pour la psychiatrie, c'est un total de 2728 postes de praticiens qui ne sont pas occupés par des titulaires ! (2525 en 2018).

Une dominante féminine qui progresse : 57.8 % en 2019 (+1 point).

Un âge moyen en diminution : 50.0 % en 2019 (- 0.3 point).

Il est vrai que cela pourrait permettre théoriquement de faire des économies ! Si l'on fait le calcul sur ces 2728 postes non

occupés par des titulaires, avec un coût moyen chargé de 128 000€ pour un PH, on arrive à la somme de 349 184 000 € qui ne serait pas dépensée !

En fait ces postes peuvent être occupés par des statuts contractuels précaires ou, et c'est plus dramatique, par des intérimaires qui coûtent alors beaucoup plus cher (coût moyen chargé 21 000€ par mois !).

L'heure est grave, les hôpitaux se vident de leurs praticiens. Ils manquent aussi de temps soignant. Les équipes souffrent de la perte de sens au travail et de ne plus pouvoir soigner. Il est urgent d'engager un véritable choc d'attractivité.

La mobilisation de tous les psychiatres est vitale pour l'avenir de la profession. Je salue ici l'initiative de l'AFFEP vers nos jeunes collègues dans sa campagne médiatique #jechoisislapsy.

Notre organisation syndicale revendique au sein d'APH des négociations immédiates sur la revalorisation salariale des Psychiatres Hospitaliers : APH et Jeunes Médecins proposent un début de carrière à 5000€ bruts comme salaire de base, avec une augmentation de 500€ par échelon tous les trois ans jusqu'à 10 000€.

Pour mémoire, lorsque le statut a été créé en 1984, un PH gagnait 3 fois le SMIC horaires. C'est moins de deux fois aujourd'hui, après 10 ans d'études et avec des responsabilités considérables !

Ces mesures efficaces doivent être prises avant la fin de l'année, faute de quoi nous appelle-



rons à la mobilisation de tous les praticiens afin de défendre leurs conditions d'exercice. Nous exigeons une valorisation conforme à notre niveau de responsabilités. Il faut attirer de manière durable les jeunes praticiens et maintenir tous les praticiens dans leur engagement de service public.

La plateforme d'APH exige pour tous les praticiens :

- ◆ Une nomination nationale avec une liste d'aptitude après examen par les pairs.

- ◆ Un statut unique de praticien hospitalier titulaire et de contractuel.
- ◆ Un raccourcissement de la carrière de PH.
- ◆ Une durée du temps de travail définie sur la base de 39.

A ce propos une nouvelle jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne, dans un arrêt du 14 mai 2019, s'est une nouvelle fois prononcée sur les conditions d'application de la directive 2003/88/CE concernant l'aménagement du temps de travail

et ses implications sur les droits nationaux. Elle explicite et réaffirme l'obligation d'établir un système permettant de mesurer la durée du temps de travail journalier effectué par chaque travailleur afin de protéger sa santé.

- ◆ Une revalorisation immédiate du salaire de PH, des gardes, de l'IESP.
- ◆ La création des valences enseignement, recherche ou management ou syndicale.
- ◆ RTT et CET revalorisés sur salaire de base plus 20 %.
- ◆ Etc.

LE DÉGOÛT

Le décret Hopsyweb

« Etre aux ordres du Ministère de l'Intérieur ne fait pas partie des projets de la psychiatrie publique ». Nous sommes intervenus avec force aux niveaux politique, médiatique et juridique.

Je vous rappelle le recours en Conseil d'Etat déposé en 2018 par le SPH contre le décret du 23 mai 2018 sur le fichage Hopsyweb des patients et le « casier psychiatrique ».

Le SPH a déposé un deuxième recours gracieux contre le décret du 6 mai 2019 (publié le 7 mai 2019) du ministère des Solidarités et de la Santé, qui autorise le croisement de fichiers policiers (FSPRT) et Hopsyweb : ce décret autorise le croisement de deux fichiers de données à caractère personnel (identité, date de naissance, etc.), avec comme objectif « la prévention de la radicalisation ».

Le premier fichier Hopsyweb, concerne les personnes subissant des « soins psychiatriques

sans consentement ». Le second est le Fichier des signalements pour la prévention et la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT). En vertu de ce décret, les préfets pourront être prévenus lorsqu'une personne fichée pour « radicalisation terroriste » est hospitalisée sans consentement pour des raisons psychiatriques.

La disproportion est patente entre l'objectif du texte (lutter contre les phénomènes de radicalisation) et le fichage de tous les patients recevant des soins sans consentement : nous demandons solennellement l'abrogation pure et simple de ce décret.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a déclaré examiner les voies juridiques d'un recours au Conseil d'Etat contre ce décret. Il l'avait fait (mais pas savoir ?) contre le décret Hopsyweb de 2018. A ce sujet l'Ordre réaffirme « la nécessité de préserver le caractère absolu du secret médical, qu'il considère comme

une condition sine qua non de la relation de confiance entre un patient et son médecin ».

Nous avons été reçus par l'équipe du défenseur des droits qui a très clairement soutenu notre démarche et nous a encouragé dans les recours contre ces textes qui attentent les libertés individuelles.

L'audience publique en Conseil d'Etat concernant le recours contre le décret du 23 mai 2018 a eu lieu le 16 septembre 2019 et a duré un quart d'heure. Les conclusions à ce stade ne sont pas favorables, avec de simples modifications à la marge de deux articles. Elles sont valables pour les 3 recours qui ont été regroupés (CRPA, SPH et associés, conseil de l'ordre) Une certaine mauvaise foi est perceptible :

- ◆ Seul le CRPA a été estimé recevable sur l'ensemble du décret, le conseil de l'ordre et le SPH étant réduits à pouvoir contester le 2^e de l'article 2 (fichage des psychiatres).



◆ Sur le fond, il est dit que ce décret n'est pas pris pour des raisons de sécurité intérieure, et que nous l'affirmons sans preuve, alors qu'il est pris sur la loi de 78 et de son article 28, à laquelle il est fait référence explicitement. Notre avocat a dit sa surprise

des positions « péremptoires » et non argumentées du rapporteur public, alors qu'il leur était possible d'assumer qu'il s'agit d'un texte sécuritaire puisqu'il existe une loi qui leur en donne le droit (certains aspects disproportionnés pourraient alors être discutés).

Un deuxième recours en CE contre le décret de 2019 reste à faire, avec une modification préalable de nos statuts lors de cette AG pour augmenter nos chances d'être recevables à agir.

« Expérience de territorialisation de la prévention »

La Préfecture du Val-de-Marne a présenté lors des Etats Généraux de la Psychiatrie sur la radicalisation un dispositif subtilement dénommé « expérience de territorialisation de la prévention ».

Avant cette présentation officielle, un courrier avait été adressé par cette préfecture aux directeurs d'hôpitaux et présidents de commission médicale

d'établissement (PCME) du département en présentant ce dispositif comme le moyen de « Mettre en place un échange d'information sur les individus radicalisés identifiés comme pris en charge par un secteur psychiatrique du département ».

Lorsqu'un dispositif de maintien de l'ordre affiche qu'il s'appuie sur un échange d'infor-

mations entre services de soins et services rattachés au Ministère de l'Intérieur, il y a lieu de s'inquiéter de la place attribuée à la psychiatrie publique. Et lorsqu'il est présenté lors d'un événement de portée nationale aux côtés d'un directeur d'ARS, il faut craindre que cette initiative départementale inspire tout le territoire.

Aide Médicale d'Etat

Un rapport a été commandé par le gouvernement à l'inspection générale des finances (IGF) et à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le sujet pour le mois d'octobre alors que le candidat Macron déclarait « nous ne remettons pas en cause l'aide médicale d'Etat [AME]. », quelques semaines avant d'être élu président de la République. Il défendait un « système fondé sur la solidarité ».

Trois pistes de réforme auraient été abordées au cours des auditions : la mise en place d'un

ticket modérateur (un reste à charge pour le patient), des centres de santé dédiés ou encore la réduction du panier de soins pris en charge. L'exclusion des soins psychiatriques serait par exemple à l'étude !

Agnès Buzyn, avait eu l'occasion de dire, devant les députés, que, « à chaque fois que l'on tente de raboter quelques euros sur l'AME (...), les bénéficiaires accèdent plus lentement aux soins, arrivent bien plus malades dans les hôpitaux, ce qui, in fine, coûte beaucoup plus cher... ».

En 2019, l'AME concerne un peu plus de 300 000 patients et représente environ 940 millions d'euros, soit 0,5 % du budget dédié à la branche maladie de la sécurité sociale (200 milliards d'euros).

Pour le Défenseur des droits « la prise en charge tardive d'une personne dont l'état de santé se révélera dégradé en raison de l'absence de suivi régulier sera plus lourde qu'une prise en charge précoce ».



LA PEUR

Normalisations

◆ L'instruction Réhabilitation Psychosociale du 11 janvier 2019

Elle vise à accompagner les ARS dans l'organisation et la structuration du développement des soins de réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale. Elle renvoie en annexe à une note de cadrage pour structurer l'organisation des soins de réhabilitation psychosociale au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Une procédure de labellisation de centres de proximité et de centres supports a été diffusée par les ARS avec deux enveloppes 6 millions d'euros au niveau national prévus en 2019.

Il est impératif que les secteurs organisés en réseau comme les CPT se saisissent de cette dimension du soin psychiatrique faute de quoi émergeront des unités ultra spécialisées déconnectées des autres dimensions des soins.

◆ Les plateformes de Coordination et d'Orientation Précoces des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neuro développement (TND)

Présentées par Claire Compagnon en Copil de Psychiatrie fin 2018, les 14 premières plateformes ont été publiées sur le site du secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées.

L'accent a été mis sur la prise en charge précoce des enfants de moins de 7 ans, afin d'orienter des enfants présentant des troubles et d'engager l'intervention de professionnels (psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes, en plus des professionnels conventionnés), sans attendre la stabilisation d'un diagnostic.

Une trentaine de plateformes devraient être mises en place d'ici à la fin 2019. Je rappelle que cet appel à projet concerne aussi bien les structures sanitaires que médico-sociales et que celui-ci n'a pas été diffusé de manière identique dans toutes les régions : les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile doivent s'en saisir en temps qu'acteurs majeurs de ces réseaux.

◆ Appel à candidatures HAS d'experts pour élaborer un guide relatif aux programmes de soins sans consentement en ambulatoire

Ces programmes de soins que nous ne défendons pas sur le principe car ne reposant sur aucune étude ne montrant leur intérêt, nécessitent une élaboration. Quelques lignes de force ont été proposées par Michel David, Jean Paquis et Paul Jean-François :

- ▶ Définir une typologie de patients pour lesquels cela peut être utile.
- ▶ Il faut que ces programmes de soins soient obligatoirement assortis de soins spécifiques pour renforcer l'alliance thérapeutique.
- ▶ Et que leur suivi soit forcément l'objet d'une procédure collégiale avec des psychiatres extérieurs à la prise en charge.
- ▶ Des EPP régulières.

Les représentants SPH à ce groupe de travail auront à poser les questions de fond et non simplement à participer à la rédaction d'un guide du bon usage.

LA TRISTESSE

◆ Feuille de route « santé mentale et psychiatrie »

Qualifiée par Frank Bellivier comme très riche dès sa nomination, nous restons très attristés au contraire par son indigence. En juin 2018

suite aux pressions et mouvements sociaux, la ministre Buzyn dévoilait sa feuille de route « santé mentale et psychiatrie », ses trois axes et ses trente-sept actions « pour changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques. ».

La ministre de la Santé vantait les mérites de « la pleine conscience » dans une toute première action, relayée récemment par le Pr Jérôme Salomon DG DGS, en ouverture d'un colloque « Pleine conscience : lever les doutes, ouvrir les perspectives ». Comment donc y



résister, d'autant que l'air de rien, cela permet d'économiser le coût éventuel d'un recours aux traitements, psychothérapies, etc.

Faute de moyens, les restructurations et la feuille de route santé mentale sont les seules réponses de la ministre à la crise de la discipline !

Près d'un an plus tard (le 11 avril 2019) Frank Bellivier est nommé par la ministre, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie en charge du déploiement de la feuille de route.

Frank Bellivier doit impulser la dynamique de transformation et d'ouverture de la psychiatrie, coordonner le pilotage national de la stratégie « santé mentale et psychiatrie », et ainsi participer au développement de la stratégie dans les régions et les territoires.

Il nous a reçus le 4 juin 2019 pendant une heure au ministère. Sa seule mission est de mettre en application concrète la feuille de route. Il a également entamé un tour de France des régions en commençant par l'Aquitaine où le DG d'ARS est Michel Laforcade auteur du précédent rapport « relatif à la santé mentale » que nous avons reçu dès sa parution en septembre 2016 avec les réticences qu'il fallait.

Il proposait de penser, de vouloir et d'agir en utilisant tous les leviers disponibles : allocation de ressources différenciée, négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, appels à projet sur des actions en déshérence, inclusion du panier de services indispensables dans le projet territorial de santé mentale et dans les contrats territoriaux de santé mentale. En gros, de restructurer sans déployer de moyens nouveaux.

C'est d'ailleurs ainsi que la ministre répondait aux parlementaires dans le cadre des discussions du PLFSS 2019 sur le fait que la psychiatrie est « la grande oubliée ». Le 11 octobre 2018, Agnès Buzyn a expliqué que les leviers d'action sur les problématiques actuelles de la discipline ne sont pas budgétaires (hors immobilier) mais démographiques et structurels.

Frank Bellivier est secondé depuis fin juillet 2019 par Patrick Risselin nommé secrétaire général qui assure l'organisation, le fonctionnement et l'animation de l'équipe de la délégation et appuie le délégué sur l'ensemble de sa mission.

On maintient aussi le Copil de psychiatrie car c'est une interface reconnue avec la DGOS et les groupes de travail des représentants avec une montée en compétences des acteurs relevée par Frank Bellivier.

◆ La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

En 2017, la ministre assurait exclure toute nouvelle loi, à moins d'y être contrainte.

Ce texte traduit en partie la stratégie « ma santé 2022 » présentée en septembre 2018 par le Président Macron. J'en extrais quelques points :

► Réforme par ordonnance

Le gouvernement est habilité à légiférer par ordonnance sur différents sujets comme la création d'un statut unique de praticien hospitalier ou la recertification des compétences professionnelles des médecins.

Dans son examen par les chambres, ce choix a été critiqué par de nombreux élus.

- Suppression de différents concours
- » Article 1 entérine à compter de 2020 la suppression de la PACES et doit mettre un terme au numerus clausus.
- » Article 2 refonde l'accès au 3^{ème} cycle et supprime les épreuves classantes nationales (ECN).
- » Article 5 crée une procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt.
- » Article 13 crée un statut unique de praticien hospitalier.

Un point de désaccord majeur concerne la suppression du concours de praticien hospitalier. C'est bien par cet engagement formel que nous sommes reconnus comme psychiatres des hôpitaux. Nous refusons tout recrutement local ou par copinage.

Nous exigeons le maintien d'une nomination nationale, suite à inscription sur une liste d'aptitude après examen par les pairs. Nous demandons le maintien de la gestion du corps des praticiens par le Centre National de Gestion.

A ce propos je souhaite remercier au nom du SPH sa première directrice Daniele Toupillier qui a fait valoir ses droits à la retraite cet été. Elle a su faire du CNG un dispositif incontournable pour le suivi de nos carrières et l'accompagnement de certaines situations critiques.

Je salue l'arrivée de sa nouvelle directrice Eve Parrier avec qui nous continuerons le travail engagé, par notre présence dans la Commission Statutaire et le Conseil de Discipline de Psychiatrie ainsi qu'au sein du Conseil d'Administration du CNG.



» Article 18 : définit ce qu'est une équipe spécialisée :

« Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux ».

» Article 37 : crée la Commission Médicale de Groupement (décret) par une ordonnance (au plus tard au 24 juillet 2020) et propose une intégration des instances représentatives au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire :

- CME/CMG ;
- Cohérence et champs de compétences ;
- Etendre compétences des CME & CMG ;
- Articulation gestion ressources médicales ;
- Possibilité Fusion directoires / comité stratégique GHT ;
- Possibilité Fusion CME / CMG ;
- Possibilité Fusion CTE / CTG ;
- Possibilité Fusion CSIE / CSIG ;
- Possibilité Fusion CHSCT / GHT ;
- Dialogue social et économique / favoriser exercice et valorisation des responsabilités syndicales.

APH revendique toujours une place de dialogue social pour les syndicats médicaux au sein des instances locales.

La représentativité liée à la place d'APH au sein du Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM) en 2019 doit faire ouvrir le chantier urgent des moyens syndicaux.

» La prorogation des mandats des membres et présidents de CME au plus tard au 1^{er} janvier 2021.

Le ministère affirme vouloir poursuivre une politique de remédicalisation du management à l'hôpital.

Le SPH participe avec notre intersyndicale à plusieurs groupes de travail de la DGOS sur GHT, Gouvernance, Management, Statuts en préparation des futurs textes.

Il n'empêche que cela ne convient pas à certaines directions et le SPH a dû accompagner la démarche de recours au tribunal administratif avec notre avocat contre un directeur et qui plus est président de l'ADESM pour qui la loi de 2016 renforçant le rôle du Président de CME ne doit pas s'appliquer !

» Article 38 : Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux est intégré au projet social défini par chaque établissement.

Une phase de concertation sur ces textes est maintenant ouverte.

Nos élus au Conseil Supérieur des Professions Médicales seront intransigeants afin que leur mise en forme soit conforme à nos attentes. Faute de quoi l'hôpital public continuera de perdre ses praticiens.

♦ Mission Parlementaire « La santé mentale en France à l'horizon 2022 »

Le 18 septembre 2019 nous avons assisté avec effroi à la vision des deux députées Wonner et Fiat de l'organisation des soins

en santé mentale décrite par la commission comme catastrophique, dysfonctionnant, inefficace, inefficace et au bord de l'implosion. Rien que cela !

Bien que rappelant dans un premier temps les conclusions de leur mission flash sur l'ancienneté et l'ampleur du sous-financement de la psychiatrie, les élues semblent en avoir oublié les effets directs avec la diminution grave du nombre de soignants et la désorganisation totale liée à la fermeture massive de lits sur le seul motif économique sans redéploiement équivalent vers l'ambulatoire.

Elles oublient que malgré ces effets le succès de l'approche sectorielle est manifeste si l'on suit les indicateurs de l'ATIH en 2018 avec 2,1 millions de patients bénéficiant de soins et 21,3 millions d'actes ambulatoires

Il est dramatique et culpabilisant de faire porter aux équipes soignantes les effets d'une politique répétée de coupes aveugles des budgets par les gouvernements des dernières décennies. Après avoir affamé son chien, on peut maintenant craindre qu'on le tue, surtout s'il a la rage.

Nous déplorons cette approche dévalorisante d'autant plus que nous partageons le constat sur plusieurs points, comme la nécessité d'une politique nationale de santé mentale. Nous demandons depuis des années une véritable loi pour la psychiatrie.

Le couplet sur les pérégrination légale du secteur puis sur les freins à une expertise spécialisée (sic) liée à une vision généraliste se termine sur le coup de grâce à l'hôpital



psychiatrique avec la question « peut il encore soigner les malades ? ».

Face à cette apocalypse les deux députées appellent à un changement structurel de l'offre de soins autour du patient qui saura ce qui

est bon pour lui sur une offre ambulatoire, en redéployant 80 % des moyens de l'hôpital psychiatrique.

Quand deux députées de deux bords opposés (LREM et France Insoumise) arrivent aux

mêmes conclusions, le futur paradis passe par les experts spécialistes de proximité pour tous, sans doute libéraux, sur tout le territoire, organisés en réseau avec les CLSM, les PTSM et les coordinateurs territoriaux.

LA SURPRISE

Le Comité National de Pilotage de la Psychiatrie était co-présidé depuis sa création par Marisol Touraine, par Yvan Halimi et par Cecile Courrèges DGOS. Il rassemble un ensemble d'acteurs institutionnels représentatifs ainsi que la DGOS.

Le SPH a défendu avec force son intérêt pour la discipline en lien avec ses propositions des groupes de travail sur les différentes thématiques :

- ◆ Limitation et encadrement du recours aux soins sans consentement et aux pratiques de contention et d'isolement.
- ◆ Prise en charge ambulatoire en psychiatrie : objectifs, missions, activité, cahiers des charges, prospective.
- ◆ Hospitalisation en psychiatrie : objectifs, missions, activité, cahiers des charges, prospective, focus sur les patients au long cours.

◆ Prévention, lisibilité, accessibilité et continuité des soins.

◆ Psychiatrie infanto-juvénile et protection de l'enfance.

Suite à la démission d'Yvan Halimi, nous avions craint sa suppression avec la création de la délégation ministérielle à la psychiatrie confiée à Frank Bellivier. Au cours de l'été, nous avons eu la surprise d'apprendre que le Pr Pierre Thomas a été nommé co-président du COPIIL avec la nouvelle DG de la DGOS Katia Julienne.

Malheureusement la reprise de l'activité de ce COPIIL avec une première réunion qui s'est tenue le 6 septembre 2019 au ministère a été plus qu'inquiétante. En effet, le SPH a dû dans un premier temps faire le forcing auprès du ministère pour participer à cette rencontre car oublié dans les convocations.

Copil qui en guise de concertation et de débats, s'est avéré être relégué à un espace de transmission d'informations par la DGOS sous forme d'interventions et de diaporamas. Quid des travaux et propositions de ses différents groupes de travail ? Quid de l'équilibre et de la représentativité de ses membres ?

Il est impératif pour la psychiatrie et nous l'avons déjà demandé, que ce Copil se structure sur une base juridique avec des missions, un règlement intérieur et une véritable représentativité de ses membres. Faute de quoi cela sera un club de happy few.

Le SPH s'associera à une démarche réaffirmant la nécessité de formaliser le cadre et les missions du COPIIL auprès de la ministre.

LA JOIE

Mobilisations

Malgré la neige, plusieurs centaines de professionnels de la psychiatrie se sont réunis le 22 janvier 2019 à l'initiative de plusieurs collectifs que le SPH a rejoint. Bernard Odier y est intervenu à la tribune.

Le SPH s'est inscrit dans le mouvement du Printemps de la Psychiatrie, a signé le manifeste pour un renouveau des soins psychiques et a appelé à la grève le 21 mars 2019.

Ces mouvements ont été fort bien médiatisés.

C'est bien la défense d'un soin psychique « accueillant » la folie, et ne la traitant pas seulement à coups de protocoles standardisés ou de contraintes sécuritaires, qui rassemblait les participants à ces premières initiatives pour un « printemps de la psychiatrie ».



Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM)

Inscrit dans la loi de 2016, le décret du 27 juillet 2017 fixe un délai maximum de trois ans pour sa rédaction repoussée au 27 juillet 2020, ce texte a été complété par une instruction publiée le 5 juin 2018. Ses orientations sont majeures pour notre discipline

Certaines ARS ont diffusé des appels à initiatives et soutenu sur le plan financier le pilotage des PTSM.

La constitution de Communauté Psychiatrique de Territoire est un levier qui permet de répondre à ces appels initiatives.

Les communautés psychiatriques de territoire

Le développement sur tout le territoire des CPT est essentiel à l'inscription de véritables parcours de soins psychiatriques et à la valorisation des moyens qu'il faut y consacrer. Le SPH participe à la création d'une fédération des CPT qui sera annoncée lors de ce congrès.

Je vous rappelle les missions des CPT :

- ◆ Fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture.
- ◆ S'assure de la déclinaison, au sein du projet médical d'établissement de chacun des membres, des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale.
- ◆ Concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par le projet territorial de santé mentale, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre.

Expertises et psychiatrie publique

Les cinq intersyndicales de praticiens hospitaliers ont dénoncé un amendement gouvernemental au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 qui exclut les experts judiciaires du statut de collaborateurs occasionnels de service public (Cosp).

Tous les praticiens impliqués dans la pratique des expertises judiciaires ont été appelés à refuser les missions, jusqu'à ce qu'un texte de loi inscrive cet exercice dans le cadre du statut de Cosp.

Le SPH dans une « lettre aux sénateurs » les a exhortés à revenir sur cette disposition du PLFSS 2019, que le gouvernement avait fait adopter sans discussion fin octobre en première lecture par les députés.

Le SPH a suivi particulièrement ce dossier sensible et mis la pression auprès des ministères de la Santé et de la Justice. Cela a abouti à ce que le décret sur les collaborateurs occasionnels de service public (COSP) du 30/4/2019 soit publié le 2 mai 2019.

Il réintègre l'ensemble des PH experts judiciaires dans le statut des COSP et, fait nouveau, y fait même rentrer la plupart des expertises civiles, si elles sont ordonnées par un Juge.

Cette victoire incontestable a été obtenue grâce à notre action syndicale SPH / APH en lien avec l'ANPEJ. J'en profite pour rappeler que ce métier comporte aussi des risques et redire tout notre soutien à notre collègue qui a été malheureusement victime d'une agression par un patient dans l'exercice de cette mission. La protection sociale des experts est un sujet d'actualité.

Le SPH en actions avec les intersyndicales

L'intersyndicale Action praticiens hôpital (APH) et Jeunes médecins (JM) ont présenté des listes communes pour les élections professionnelles des praticiens hospitaliers.



Nous avons uni nos forces pour présenter des candidats de toutes disciplines, de toutes générations, hospitaliers et hospitalo-universitaires, exerçant dans des établissements grands ou petits, tous attachés aux valeurs de l'hôpital public.

Il faut redonner un choc d'attractivité à toutes les carrières hospitalières et hospitalo-universitaires au plus vite et à l'hôpital les moyens de son fonctionnement au service des patients.

Notre plateforme ambitionne de répondre aux enjeux de responsabilités, de rémunération et

de statut qui permettront de faire revenir les médecins et pharmaciens à l'hôpital, pour un exercice valorisé et sécurisé, avec reconnaissance des investissements de chacun.

Action Praticiens Hôpital et Jeunes Médecins remportent les élections professionnelles médicales hospitalières !

Les élections ont permis à APH & JM de devenir la première force syndicale représentative chez les Praticiens Hospitaliers titulaires ainsi que chez

les Praticiens non titulaires (avec trois postes sur cinq de ces deux collèges du CSPM).

Nous faisons une entrée remarquée chez les Hospitalo-Universitaires en obtenant plus de 30 % des voix et un siège, qui sera occupée par Gisèle Apter, la seule femme du collège HU du CSPM.

Merci à Jacques Trevidic et Renaud Péquignot qui ont su fédérer les collègues dans ce processus majeur pour l'avenir syndical.

Représentativité, représentation syndicale

Le décret Conseil Supérieur des Personnels Médicaux Hospitalier a été publié le 19 juillet 2018.

Cette instance était refusée violemment par les autres intersyndicales car de nouvelles règles de représentativité des praticiens sont définies sur la base des élections au CSPM. APH avait demandé un seul et unique collège mais au final le CSPM comporte trois collèges (PH, HU, contractuels), ce qui entraîne proportionnellement une surreprésentation des universitaires. Chaque collège donnant un avis sur les questions le concernant.

Gagner ces élections était notre priorité car c'est la représentativité d'APH au CSPM qui sera la seule manière d'obtenir les moyens syndicaux inscrits dans la loi de modernisation de notre système de santé (article 194).

- Commission statutaire nationale PH-PSYCHIATRIE : 3 élus titulaires et 3 suppléants
BÉTRÉMIEUX Marc
HUET – GLACHANT Delphine

LEPETIT Alexis
MONTET Isabelle
SALVARELLI Jean-Pierre
CORTES Marie José

- Conseil de discipline CD-PSYCHIATRIE : 3 élus titulaires et 3 suppléants
MONTET Isabelle
GEKIERE Claire
BÉTRÉMIEUX Marc
CORTES Marie José
D'AMORE Monique
LEPETIT Alexis
- Conseil Supérieur des Professions Médicales : élus APH JM
 - » Collège statutaire des hospitalo-universitaires (n° 1)
Titulaire : Gisèle APTER
Suppléants : Raphael BRIOT Adrien BOUGLE
 - » Collège statutaire des praticiens hospitaliers (collège n° 2)
Titulaires : Jacques TREVIDIC,
Renaud PEQUIGNOT, Anne WERNET

Suppléants : Marie José CORTES,
François BART, Pascale LE PORS,
JF CIBIEN, Carole POUPON, Anne GERVAIS

- » Collège statutaire des praticiens non titulaires (n° 3)
Titulaires : Emmanuel LOEB, Franck VERDONK, Israël NISAND
Suppléants : Elodie LEBREDONCHE,
Marguerite HUREAUX, Anaïs CODORNIU,
Élise MAMIMOUÉ, Lamia KERDJANA,
Anne-Cécile PETIT

Quelques commentaires

- Une déception, avec taux d'abstention massif très supérieur à 2011 lui-même supérieur à 2005 et une participation autour de 25 %.
- Une difficulté à mobiliser et le peu d'investissement des collègues dans ces élections.
- Une discipline où il y avait en concurrence quatre listes.
- Des modalités de vote informatique complexes avec des problèmes techniques.



Action Praticien Hôpital

La représentativité de nos syndicats est calculée depuis les dernières élections de juin 2019 par les listes APH qui ont obtenu la majorité au CSPM des PH et des Contractuels, ainsi qu'un membre pour les universitaires.

Cela nous oblige maintenant à revoir les statuts d'APH pour en faire l'Intersyndicale réunissant tous les syndicats d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux qui seront dissoutes. La démarche de refondation a été actée par les deux intersyndicales lors d'un dernier

CA début septembre et un groupe de travail est constitué pour écrire de nouveaux statuts qui seront présentés en AG d'APH en décembre 2019.

Une motion sera proposée à l'AG demain afin d'acter l'engagement du SPH dans ce processus.

POUR CONCLURE

Le SPH exige des mesures fortes et courageuses et non plus une simple feuille de route où la spécialité se dilue dans des propositions plus générales de santé mentale. Nous demandons une véritable politique pour la Psychiatrie.

Je remercie tous les membres du bureau et du conseil engagés dans la mise en forme d'une

psychiatrie publique innovante et d'excellence s'appuyant sur les valeurs toujours actuelles d'un humanisme au travail.

Je remercie encore tous les internes de psychiatrie très investis en 2019 dans notre Comité d'Organisation. Le SPH les soutient car ils sont l'avenir de la profession et de notre maison commune.

Je rappelle notre site www.sphweb.fr ainsi que nos actualités en direct sur [SPH@SPHtwitter](https://twitter.com/SPHtwitter). Merci de votre présence, que l'AG 2019 soit constructive pour l'avenir de notre syndicat et pleine d'émotions !



RAPPORT MORAL

Dr Isabelle Montet, Secrétaire générale

1^{er} octobre 2019

Les émotions ont été choisies comme thème scientifique de ces 38^{es} journées de la Société de l'Information Psychiatrique. Au travers des mobilisations prolongées que connaissent les hôpitaux depuis de longs mois, nourries de colères et de témoignages de découragements, les émotions fournissent aussi de quoi introduire une assemblée syndicale.

Maniées par les philosophes, les théories sur les émotions semblaient figées sur les débats entre le primat de la passion ou celui de la raison dans le déterminisme de l'action humaine, jusqu'à ce que la recherche d'amélioration des processus de production lancée par la révolution industrielle et les nouvelles organisations du travail, leur fasse prendre un essor singulier. Passées du domaine des économistes et des ingénieurs à celui de ce qui allait devenir la psychologie du travail, l'observation des comportements des travailleurs a produit en quelques décennies une abondance de théories, pour beaucoup concentrées sur le concept de motivation : la théorie de Maslow sur la hiérarchie des besoins, celle des deux facteurs d'Herzberg, les théories X et Y de Mac Gregor, la ERG theory de Alderfer, la théorie

de la caractéristique de la tâche de Hackman, l'autodétermination selon Deci, n'en sont qu'un échantillon.

La motivation, mâtinée de neurosciences, a même réussi grâce à la conceptualisation d'un circuit court et d'un circuit long de connexions entre l'amygdale, siège supposé des émotions de base, et le cortex préfrontal, à réconcilier contre les philosophes des Lumières la passion et la raison.

Du côté de la gestion d'entreprise, une science du management a misé sur la prise en compte de ce capital humain et de plus en plus sur les dimensions psychologiques, tendance à laquelle n'a pas échappé la gestion publique déjà imbibée par le New Public Management.

Les ministères de l'économie, des finances, de l'action et des comptes publics parient donc sur la MSP, la « motivation de service public » : la vidéo de 4 minutes produite par l'Institut de la gestion publique et du développement économique en présente les avantages sur leur portail Internet.

<https://bit.ly/2L3UABX>



La MSP vient des Etats-Unis, définie en 1990 par James L. Perry à partir de travaux portant sur la rémunération des agents de services publics. Il perçoit une « *prédisposition individuelle à répondre à des motifs portés... par des institutions et organisations publiques* » et établit en 1996 de quoi la mesurer. L'échelle de MSP prend en compte l'attraction pour le service public, l'engagement pour l'intérêt public, la compassion et le sacrifice personnel.

L'intérêt de la MSP est de recruter des profils adéquats et de favoriser des outils de performance spécifiques aux services publics. Car selon le dossier documentaire « Les leviers de motivation dans la fonction publique » réalisé par le Conseil d'orientation des politiques de ressources humaines, rattaché au ministère des comptes publics : « *La rémunération n'est pas le premier déterminant de motivation chez les individus, en particulier chez les fonctionnaires* ». Dans sa publication « Faire participer les fonctionnaires à une fonction publique très performante » l'OCDE exprime plus nettement son intérêt : « *L'engagement des employés peut constituer un contrepoids puissant aux mesures dictées par l'austérité* ».



Une autre tendance du management moderne est la bienveillance, que d'autres ministères ont décidé de pratiquer. Parmi eux, le Ministère de l'Intérieur avec son Centre des Hautes Études qui présente en 2017 une étude sur « *Le management bienveillant au Ministère de l'Intérieur* ». Ce modèle, basé sur le « care » bien connu des pays anglo-saxons, y est valorisé pour répondre, pour un employeur pas comme les autres, aux fortes exigences des missions et à un contexte où le nombre de suicides des agents est élevé.

Le Ministère de l'Education Nationale a aussi adopté la bienveillance. Une littérature abondante répercute le discours de la pédiatre Catherine Gueguen, formée à la « communication non violente » et le monde de l'éducation est séduit par les bénéfices de la bienveillance prouvés grâce aux neurosciences : sous l'influence de relations aimantes et d'une éducation empathique, les hormones du bien-être sont stimulées et participent aux modifications positives des circuits cérébraux, voire à l'expression de certains gènes, pour une enfance heureuse.

Convaincu, l'Institut National supérieur du professorat et de l'éducation de l'Académie de Créteil organise en ce mois d'octobre un colloque international sous le titre « Empathie et bienveillance au cœur des apprentissages », où les apports de la psychologie positive et des neurosciences « affectives et sociales » seront exposés.

La bienveillance a pénétré les textes institutionnels du Ministère de l'Education nationale en 2013, avec le référentiel des compétences des personnels enseignants.

Et des docteurs en éducation encouragent le management des établissements scolaires par la bienveillance inspirée d'une éthique du « care », où l'intelligence émotionnelle des chefs d'établissements favoriserait des « compétences émotionnelles » et un agir émotionnel auprès des enseignants...

Cette promotion envahissante de la bienveillance en irrite quand-même quelques-uns. Lorsque dans son premier discours de rentrée en 2017, le ministre de l'Education place l'école sous trois axes, la République, l'excellence et la bienveillance, des enseignants y voient un prêche moralisateur et estiment que la bienveillance qui ne coûte rien à l'Etat, permet d'escamoter face à l'échec scolaire, la question des moyens, la réalité des aptitudes scolaires et des différences de classes sociales des élèves. La bienveillance servirait de « cache-misère de la sélection sociale à l'école ».

Qu'en est-il du Ministère de la Santé et des Solidarités ? Le colloque du 20 juin « Pleine conscience, santé et société » présidé par le directeur de la DGOS lui-même, donne des indices sur l'orientation retenue : avec une majorité d'intervenants liés aux activités de coaching en entreprises et un préfet présenté comme manager d'équipes, le mot bienveillance est prononcé au moins une fois par chaque intervenant.

Le management bienveillant s'affiche dans les sciences de la gestion en 2010 sous le titre « Dare to care » pour le congrès annuel de l'Academy of Management (AOM), un événement renommé dans la discipline et il est rappelé que le « care » a intégré depuis des années les pratiques de management des

pays anglo-saxons. Signe de succès, François-Henri Pinault, PDG du groupe de luxe PPR, qui réunit entre autres marques, Gucci, Yves Saint-Laurent, Boucheron, a rebaptisé son groupe en 2013 sous le nom Kering avec un K, contraction de Ker, foyer breton, et de caring, prendre soin.

Un destin du « care » que n'avait sans doute pas prévu sa créatrice Carol Guilligan, philosophe, psychologue et féministe, qui, en 1982, veut opposer au libéralisme de l'ère Reagan une éthique de la capacité à prendre soin d'autrui. Dix ans plus tard, la politologue Joan Tronto le présente comme un projet politique de modèle de société. Giddens, conseiller de Tony Blair, y fait référence pour prôner une « protection sociale positive » face à la crise, avant que Martine Aubry l'introduise sur la scène politique française en appelant lors d'une interview, à une société du bien-être et « du soin ». Assez mal reçu, le propos est alors taxé de nunucherie.

Depuis, les chercheurs en gestion des ressources humaines diffusent les avantages du management bienveillant issu du care, management à visage humain qui peut s'aider de happiness officers et répond aux 3 S, Stress Souffrance Suicide.

Les mêmes chercheurs estiment que le retard pris par la France pour intégrer le management bienveillant aux pratiques, tient à la conception différente du rôle de l'Etat dans le « social ». Pour les services publics, cette exception française a produit l'expression de « service public à la Française », au point de motiver des recherches pour adapter l'échelle de MSP de Perry, née aux Etats-Unis, à la culture française.



Car en France, le service public a valeur de « mythe national » dont Emmanuel Brillet reprend les caractéristiques. La notion fourre-tout est très liée dans un imaginaire collectif à l'intervention historique de l'Etat dans les différentes crises du 19^e siècle : mouvements insurrectionnels et révolutionnaires, ambitions humanistes face au machinisme et à la misère, peur des « classes dangereuses », répressions et montée du marxisme et de l'anarchisme, ont produit une « question sociale ». L'évolution de la pensée politique et les combats de jeunes syndicats a poussé l'Etat à intervenir dans le domaine social, posant les bases de l'Etat Providence. Les premières lois pour limiter le travail des enfants, ou celle, en 1893 sous l'impulsion de Léon Bourgeois du mouvement solidariste, reconnaissant à « Tout Français ne bénéficiant pas de ressources financières la possibilité de recevoir gratuitement une assistance médicale » en sont les fruits...

Sur le plan juridique, le service public a pris consistance par une jurisprudence du conseil d'Etat de 1903 (l'arrêt Terrier) qui le place sous compétence de droit administratif à l'occasion d'un contentieux, et le consacre en l'autonomisant du droit privé. Il gagne ensuite une assise doctrinale avec les juristes dits de « l'école du service public » et notamment Léon Duguit, qui affirme la nécessité d'un droit correspondant à la solidarité et aux interdépendances sociales, et légitime « l'intervention de la force gouvernementale » donc de l'Etat. La notion de service public ainsi confortée, participe à la confusion qui serait caractéristique de la France, entre intérêt général et puissance publique.

Pourtant, si le service public a bien une assise juridique, elle n'est pas de droit Constitutionnel : le Conseil Constitutionnel en reconnaît par sa jurisprudence les principes posés par les lois de Rolland dans les années 30 (égalité, continuité, mutabilité) sans en définir la nature, et en renforçant ses bases de droit administratif. En fait, selon Emmanuel Brillet, si personne en France ne sait exactement à quoi renvoie la notion de service public du fait de son caractère mouvant, chacun pense qu'elle est quelque chose d'essentiel. En 1995, en périodes de grèves massives contre son plan de réforme des retraites et de la sécurité sociale, c'est pour apaiser le climat social, et notamment les craintes de destruction du service public, que le premier ministre Alain Juppé propose de l'inscrire dans la Constitution. Il déclenche alors la critique libérale et un journaliste des Echos qualifie cette idée de projet vicieux, chargeant contre la doctrine officielle du service public qui, à défaut d'être capable de lui donner une définition claire, lui « confère des attributs de plus en plus ronflants », comme les théologiens le font avec Dieu.

C'est l'époque où sous l'effet du droit communautaire et des directives européennes, les représentations et les organisations vont être largement remaniées. L'Union européenne considère non pas le service public, concept jugé trop vague et variable selon les pays, mais les services d'intérêt général (SIG) définis comme « services marchands et non marchands que les autorités publiques considèrent comme étant d'intérêt général et soumettent à des obligations spécifiques de service public ». Le principe de libre concurrence va accélérer la fin des monopoles et le passage à l'Etat actionnaire : France Telecom est le premier

à devenir société anonyme à capitaux publics en 1996 avant d'être privatisée en 2004, suscitant des inquiétudes et interrogations sur les conséquences des évolutions statutaires imposées et de la volonté de réduire les coûts. Première entreprise du CAC 40 à être jugée pour « harcèlement moral », France Télécom est devenu le symbole de la souffrance au travail, et 19 cas de personnes décédées par suicide ont été retenues par le Parquet dans le procès qui vient de se dérouler.

Le processus de libéralisation lancé, EDF en 2003, La poste en 2010, SNCF en 2020, sont passées et passeront au statut de sociétés anonymes à capitaux publics.

Gérard Larcher expliquait que pour le service public : « *L'Europe préfère à la conception organique à la française la conception fonctionnelle axée sur le service rendu aux usagers* », ce que Nicolas Sarkozy a traduit pour l'hôpital en 2008 par « *le service public hospitalier, c'est une mission plus qu'un statut* ». La loi HPST applique cette conception en supprimant la notion de service public hospitalier créée par la loi de décembre 1970, et la remplace par 14 missions de service public que les cliniques privées peuvent réaliser. Lorsque Marisol Touraine lance une concertation pour réintroduire le service public hospitalier dans la loi de 2016, un contributeur de l'IFRAP, think tank ultralibéral, raille cette proposition de débattre d'une « idée vieille de 50 ans », lancée aux acteurs hospitaliers. Et plaide plutôt pour que tous les offreurs de soins, libéraux compris, participent aux missions de soins et donc selon lui au service public, avec en contrepartie, le respect par l'Etat des dépassements d'honoraires.



Aujourd'hui, derrière la bienveillance, les réformes se poursuivent selon les mêmes principes de libéralisation. En 2018, le président Macron présente Ma santé 2022 où il est question de « montrer par la preuve cette porosité que nous devons organiser entre le système hospitalier et le système libéral ». La modernisation prévue du statut de praticien hospitalier vise à le faire passer plus facilement de l'hôpital à l'exercice de ville. Le ton et le vocabulaire ont changé. De « *un patron et un seul* » pour Nicolas Sarkozy, c'est maintenant : « *A l'hôpital, on peut former de bons médecins, de bons gestionnaires, on peut aussi former des managers* ». Et d'associer le président de CME et les cadres de santé de proximité pour un « *management qu'il soit médical ou soignant* », à valoriser par des mesures d'intéressement.

Ce discours de présentation du projet ambitieux de restructurer pour 50 ans un système de santé, pilier de l'Etat providence du 21^e siècle, garantit sa réussite sur un argument étrange : « *Pourquoi réussissons-nous aujourd'hui ? Parce que nous sommes à un niveau de souffrance... qui est réel et tangible* ». Autant dire que nous aurions touché le fond de la piscine.

Un an plus tard, après la psychiatrie, 250 services d'urgences en grève auxquels il était promis des mesures d'urgence illustrent, en ayant traversé l'été et la guerre d'usure avec le ministère, le réel de cette souffrance. Le « *pacte de refondation des urgences* » qui vient d'être présenté par la ministre mise d'abord sur des réorganisations sans les réouvertures de lits réclamées par les personnels. Constat commun pour l'ensemble de l'hôpital, le nombre de patients augmente sans que les effectifs

soignants suivent, avec + 3,5 % par an depuis 1996 aux urgences, « miroir grossissant de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système de santé » selon le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat de 2017.

Les milliards de déficit de la sécurité sociale se comptaient encore en francs lorsque sous la présidence de Jacques Chirac, le contrôle des dépenses de santé a été confié à Bercy, avec la loi de financement de la sécurité sociale et l'ONDAM. C'est sur l'hôpital public que se sont exercées les plus fortes contraintes, directement déterminées par les pouvoirs publics. Pierre-Louis Bras, ancien Secrétaire Général du Ministère des Affaires Sociales, précise que ces contraintes ont porté sur l'intensification du travail et sur les salaires avec - 0,3 % d'évolution du salaire net moyen en ETP, alors que le secteur privé tout confondu a vu le pouvoir d'achat croître de 2,5 %. La « *motivation de service public* » des personnels est-elle suffisante pour compenser la différence ?

Le haut fonctionnaire prédit que face à l'augmentation de la production de soins, il faudrait que l'ONDAM progresse d'au moins 4 % et plus précisément que « *dans un contexte économique qui sur la période 2018-2022 devrait être plus favorable, il est peu probable que les hôpitaux publics puissent sans dommage supporter un Ondam qui ne progresserait que de 2,3 % par an* ». Or la conférence de presse commune Buzyn Darmanin vient de présenter pour le PLFSS 2020, un ONDAM général à + 2,3 %, dont 2,1 % pour les établissements de santé.

Le gouvernement mise sur les restructurations du système de santé grâce au « *virage ambulatoire* », apparu dans la loi de 2016 et que Ma santé 2022 compte accélérer. Mais la réforme le conçoit avec un déséquilibre : obligatoire pour l'hôpital, il reste incitatif pour la médecine de ville, tablant sur l'intérêt des professionnels libéraux pour les assistants médicaux, la création de CPTS basée sur le volontariat, l'exercice groupé en maisons de santé. Ce qui fait dire à Frédéric Pierru que la réforme mêle « *belles intentions et effets d'annonce* », pour ne fâcher personne.

C'est dans ce contexte que la psychiatrie publique a gagné un délégué ministériel, conséquence des promesses de 2018 face à la crise, que la ministre a choisi psychiatre et universitaire. Franck Bellivier doit aider à l'application de la feuille de route santé mentale et vient de se livrer à l'exercice de la défense face aux parlementaires, lors d'une audition par la commission des affaires sociales du Sénat.

Interrogé sur les moyens d'une discipline « *notoirement sous-dotée* » selon les termes du président de la commission, le délégué assure que des rallonges budgétaires sont prévues et s'appuie sur les débloquages des 2 années précédentes. Mais il faudrait pour y croire oublier que la campagne tarifaire 2019 a montré comment 50 millions d'euros de rallonge pris sur la réserve prudentielle 2018 ont été immédiatement annulés par la remise en réserve de 59 millions pour 2019. Il faudra plutôt scruter comment se décline l'ONDAM pour la psychiatrie publique dans le PLFSS, en ayant à l'esprit que la réforme du financement de l'hôpital pilotée par la task force est chargée



de faire levier de restructuration de l'offre de soins territoriale : la convergence public – privé est un de ses objectifs principaux, grâce à de nouveaux compartiments de financement prenant en compte l'activité effective des établissements, la qualité des prestations, les solutions dites innovantes.

L'innovation en psychiatrie telle qu'elle est conçue dans la start-up nation dont Emmanuel Macron fait la promotion depuis 2 ans avec un programme santé qui ambitionne de faire de la France un champion de l'intelligence artificielle en médecine, et une feuille de route dont l'action 7 fait de la santé mentale 3.0 un facteur de bien-être et d'empowerment, le JO du 21 septembre en donne une illustration : le projet de FondaMental retenu par le ministère de la Santé au titre des innovations de l'article 51 de la LFSS utilise pas moins de 3 outils numériques dont Happy Neuron pour la remédiation cognitive, pour des patients diagnostiqués bipolaires dont le programme de soins sera piloté par des centres experts agréés FondaMental assistés de case-managers. L'expérimentation couteau-suisse qui semble avoir collecté tous les concepts et mots-clés ayant les faveurs du ministère, fabrique un nouveau type de territoire, les TNS, « territoires numériques de santé », prétend faire évoluer les dispositifs psychiatriques en luttant contre l'hospitalo-centrisme et compte initier le financement au parcours en psychiatrie. Ce modèle d'innovation suscite quand-même quelques réactions d'associations de patients, peu enthousiastes à la perspective de cette collecte de données personnelles sans garantie, et d'un suivi qualifié de déshumanisé.

Sur le contenu de la réforme, le virage ambulatoire est aussi à l'honneur pendant l'audition : télémédecine, médecine de ville supposée monter en puissance, IPA et unités mobiles en sont les instruments, avec une condition : les équipes mobiles seront privilégiées « là où il y a des manques ». Inutile de chercher un renforcement des principes de la sectorisation que l'on croyait à l'origine de la voie ambulatoire il y a 70 ans. La mobilité constitue la voie de l'ambulatoire, mais associée à la question du manque, elle a de quoi laisser perplexe si l'on considère que les manques réels sont vacances de postes, problèmes démographiques, manque d'attractivité. L'organisation de la psychiatrie du futur sera-telle constituée d'escadrilles d'équipes volantes déconnectées des hôpitaux, que le rapport Wonner-Fiat projette de vider de ses personnels, à défaut de ses patients pour lesquels on n'a pas trouvé de solution alternative ?

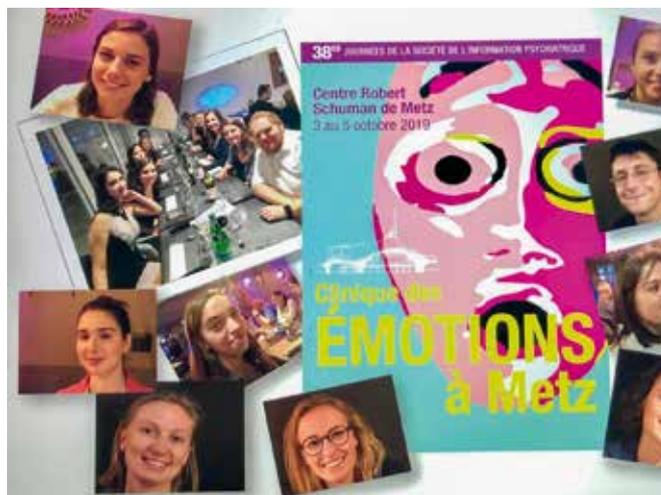
Toujours pendant l'audition, la défense et la promotion des droits des patients sont annoncées comme structurantes de la réforme. En ignorant 2 réalités :

- ◆ L'augmentation du nombre de soins sans consentement n'est pas abordée et c'est du comité de pilotage de psychiatrie qu'est venue la volonté de créer un Observatoire des droits des patients.
- ◆ Hopsyweb et ses 2 décrets qui fichent les personnes hospitalisées sans consentement ont provoqué des recours pour annulation : l'audience publique qui s'est tenue au Conseil d'Etat le 16 septembre a retenu une partie des arguments du CRPA, du SPH

et du Conseil de l'Ordre contre le décret du 23 mai 2018, portant sur les articles qui fixent la durée de conservation des données et l'identité des personnes qui y ont accès. Le jugement étant mis en délibéré, il ne faut pas anticiper sur une victoire d'autant que l'argument principal du SPH qui porte sur la nature même du décret, pris pour des raisons sécuritaires et qui pouvait justifier de son annulation totale, n'a pas été retenu par le rapporteur public.

Simultanément, un énième rapport parlementaire est sorti, produit par des gens de la profession. Mais plutôt que de servir d'électrochoc, il a de quoi alimenter la théorie de la collapsologie tant les conclusions, qu'ont su retenir la presse, brandissent le catastrophisme et l'implosion. Baignant depuis des mois dans la médiatisation de la crise de la psychiatrie, qui souffrait déjà de son image et de préjugés avant de devoir se plaindre des régimes d'austérité, les étudiants encore indécis au sortir des ECN auront eu grâce au rapport Wonner-Fiat des arguments pour pencher vers d'autres choix : 17 % des postes à pourvoir en psychiatrie sont restés vacants en ce mois de septembre.

Ces mauvais résultats donnent d'autant plus d'intérêt à l'initiative judicieuse de l'association des étudiants en psychiatrie, l'AFEPP, de lancer la campagne #jechoisislapsy pour sensibiliser les étudiants, qui mérite d'être soutenue. Ils relancent aussi l'importance d'une communication syndicale qui doit trouver l'équilibre entre la nécessité de dénoncer, et celle de ne pas épouvanter. C'est d'humour dont a fait preuve le chef de clinique du Vinatier



qui a participé à la campagne, en tweetant que la psychiatrie, discipline passionnante, est « la seule spé qui te permet de passer sur bfmtv en tant qu'expert » de : la méditation, l'éducation des enfants, le terrorisme, les gilets jaunes, le stress au travail, la psychologie des politiques, la vie de couple, la garde alternée, les tueurs en série... ».

Si une échelle de MPP, motivation de psychiatrie publique, devait naître, elle devrait intégrer dans ses critères, beaucoup plus de subtilités que ne sauront l'imaginer les experts du management.

Il peut aussi être question de motivation pour adhérer à un syndicat, quand la désyndicalisation et le désintérêt pour les instances dans la société se manifestent dans le faible taux de participation aux élections professionnelles des praticiens hospitaliers de juin. Même si la psychiatrie fait historiquement partie des disciplines médicales les plus syndicalisée, elle n'échappe pas aux mutations. La motivation des actions du SPH attentif aux évolutions, doit en tenir compte.

La dynamique syndicale du SPH peut par exemple trouver à se justifier sous l'angle de ce que le Conseil de l'Europe a tenté de conceptualiser dans son guide méthodologique d'indicateurs de cohésion sociale : désireux de trouver un cadre commun de référence des états membres, le guide privilégie la notion d'intérêt général à celle de service public qui n'a pas d'identité semblable entre les pays. Le rôle des organisations professionnelles de la société civile, comme les syndicats, y est valorisé pour des actions d'intérêt général complémentaires de l'action publique de l'Etat, qui soumis aux pressions de la mondialisation risque de garantir les marchés internationaux plus que le bien-être des citoyens. C'est dans ce cadre de référence, que le SPH peut être investi chargé de « responsabilité sociale » pour la cohésion sociale.

Mais si l'on préfère ne pas s'associer aux théorisations d'une Europe économique qui assimile commodément une faillite du rôle de l'Etat dans l'intérêt général, et si l'on se méfie

de cette valorisation de la société civile qui a accédé, avec un parti nouveau, au pouvoir de mener des réformes discutables, en tenant à distance les « corps intermédiaires », le SPH peut aussi bien revendiquer d'être organisme militant, contre-pouvoir, lanceur d'alerte, organisme doté d'expertise, partie ayant légitimité à agir dans les recours juridiques, etc. Ce qu'il fait dans les soutiens aux situations individuelles face aux pouvoirs locaux, ou avec la participation institutionnelle des membres élus au conseil supérieur des personnels médicaux, aux commissions paritaires et au conseil de discipline, ou par des actions juridiques comme le recours contre Hopsyweb, et en participant à toute action collective classique et moins classique du syndicalisme, à ne pas figer.

En somme partie vivante et agissante dans un monde entre crises et mutation.

Alors, motivés ?

Adopté à l'unanimité



PROGRAMME DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

METZ CONGRÈS Robert Schuman

Parvis de l'Amphithéâtre

Mardi 1^{er} au vendredi 4 octobre 2019

En santé, une réforme paraît en chasser une autre, à moins qu'au fil des années, elle ne soit destinée qu'à consolider les principes économiques de la précédente. La psychiatrie générale et la pédopsychiatrie sont embarquées dans les décisions présentées comme les solutions aux défis des sociétés occidentales que sont le vieillissement de la population et l'augmentation de la dépendance, l'accroissement des maladies chroniques, et le coût de la santé pour les finances publiques. Le défaut d'anticipation des effets de démographie médicale et les enjeux de cohésion territoriale s'associent aux pressions sur le système de santé, auxquelles il faut pour la psychiatrie publique, ajouter la part sécuritaire de régulation sociale que croient devoir lui faire jouer certains pouvoirs publics.

Les programmes des dernières assemblées générales du SPH ont été rythmés par l'analyse des effets de la loi HPST puis de la loi de modernisation du système de santé. Cette année, les ateliers et les tables rondes professionnelles décrypteront « **Ma santé 2022** » et ses effets sur vos pratiques. Vous pourrez y rencontrer quelques-uns de nos alliés d'intersyndicales qui ont fait campagne avec le SPH lors des récentes élections professionnelles et devront militer pour défendre l'exercice médical hospitalier, entre autre, au sein du *Conseil supérieur des personnels médicaux*. Ainsi que des représentants des organisations partenaires.

Il y sera aussi question de défense des droits, d'éthique, et de combats, débattus avec nos divers invités.

Venez vous informer, venez participer aux orientations et aux votes des motions syndicales.

Metz, son palais des congrès, son histoire, son centre Pompidou, ses émotions, vous attendent.

Syndicalement

Dr Marc Bétrémieux, président
Dr Isabelle Montet, secrétaire générale

Mardi 1^{er} octobre

17h00 : Ouverture de l'Assemblée générale

Compte-rendu de mandat du président, **Marc Bétrémieux**

Rapport moral de la secrétaire générale, **Isabelle Montet**

Votes

Rapport du trésorier, **Pierre-François Godet**

L'information Psychiatrique, état des lieux par le rédacteur en chef **Thierry Trémine**

20h00 : Cocktail dinatoire

Mercredi 2 octobre

09h00 - 10h30 : Ateliers syndicaux

Atelier 1 : Politique de santé en pédopsychiatrie

B. Welniarz, F. Roos-Weil, AS. Pernel, G. Apter, E. Salomé

Atelier 2 : Expertises

P. Jean-François, G. Shadli

Atelier 3 : Statut des psychiatres hospitaliers

Monique D'Amore, Jacques Trévidic, Georges Onde, Marion Azoulay

Atelier syndical 4 : Psychiatrie, media

Coordonné par MJ Cortès, Pascal Favré, JP Salvarelli, avec Caroline Cordier (Hospimedia)

11h00 - 12h30 : Ateliers syndicaux

Atelier syndical 5 : Politique de santé en pédopsychiatrie

B. Welniarz, F. Roos-Weil, AS. Pernel, G. Apter, E. Salomé

Atelier 6 : Evolution des métiers en psychiatrie, rôle des IPA et équipes de secteurs

Coordonné par Bernard Odier, avec Guillaume Cézanne-Bert, E. Loeb (Jeunes Médecins)

Atelier 7 : Gouvernance hospitalière, statuts des médecins et nouvelles réformes

Coordonné par Michel Eynaud, avec Pascal Favré, J Trévidic, Marion Azoulay, Monique D'Amore, Georges Onde. Invitée : Anne Wernet, présidente du SNPHAR

14h00 - 15h00 : Table ronde SPH : CPTS et CPT : le secteur, une chance pour le territoire de santé ?

Marie-Hélène Concerta, secrétaire générale du collège de médecine générale, Christian Muller Président de la conférence de PCME CHS, Bernard Odier (bureau SPH et Copil de psychiatrie)

15h00 : Vote du quitus et des motions

20h00 : Soirée syndicale

Saint-Pierre-aux-Nonnains, rue de la Citadelle (Inscription préalable indispensable)

Judi 3 octobre

16h30 - 18h30 : Table ronde professionnelle : Quels moyens pour quelle psychiatrie ?

Présidé par Marc Bétrémieux, avec C. Muller président de la conférence PCME de CHS, Brahim Hammouche, président de la Mission d'information relative à l'organisation territoriale de la santé mentale à l'Assemblée Nationale

Vendredi 4 octobre

09h00 - 10h30 : Table ronde professionnelle : La psychiatrie est-elle un sport de combat ?

Présidée par JP Salvarelli, Jean-Pierre Martin (USP, printemps de la psychiatrie), Joan Sidawy (créateur du site et de l'association « Comme des fous »)

14h30 - 16h00 : Contraintes et droits en psychiatrie

Présidée par I. Montet (SPH), avec Jean-Marie Delarue, Président de la Commission nationale consultative des droits de l'homme - Michel David (président de la FFP et vice-président SPH)

MOTIONS SYNDICALES

MODIFICATION DES STATUTS DU SPH

En accord avec les objectifs du SPH de mener des actions de différentes natures dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, parmi lesquelles la défense des droits, une modification des statuts du syndicat, notamment de l'article 1^{er}, est proposé à l'Assemblée générale.

Article 1^{er} – A. Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux a pour but :

1. De prendre en main les intérêts généraux et particuliers de ses membres et de poursuivre ainsi l'amélioration de leur situation morale et matérielle.
2. De créer et de maintenir entre ses membres des liens de bonne confraternité et de veiller à ce qu'ils observent les règles de l'intégrité professionnelle.
3. De travailler à transformer et améliorer de façon continue les conditions d'exercice de la psychiatrie publique dans la perspective du développement du service public de santé mentale.
4. **De promouvoir le respect des droits des personnes souffrant de troubles psychiques et de leur entourage et la lutte contre la stigmatisation.**
5. **De participer à toute action relative à la politique de santé mentale.**

Adopté à l'unanimité

SPH ET INTERSYNDICALE

Suite aux élections professionnelles menées sous le sigle APH, regroupant les 2 intersyndicales CPH et Avenir Hospitalier, et associée à Jeunes Médecins, le processus de rapprochement des intersyndicales se poursuit, et chacun des syndicats constitutifs est invité à se prononcer sur le devenir des intersyndicales. Motion présentée au vote.

Réuni en assemblée générale à Metz le 2 octobre 2019 le SPH réaffirme :

- ▶ **Sa participation au processus de refondation de l'intersyndicale ACTION PRATICIENS HOPITAL.**
- ▶ **Son engagement à soutenir les actions renforçant la représentativité des praticiens hospitaliers à travers APH interlocuteur privilégié auprès du ministère et au sein de toutes les instances.**

Adopté à l'unanimité

POLITIQUE DE SANTÉ ET PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Le SPH réuni en assemblée générale s'alarme de la chute démographique des pédopsychiatres et demande :

- ▶ La promotion de l'enseignement de la PEA avec la nomination d'au minimum un professeur de PEA par Université et la création de postes de Chefs de clinique - assistants.
- ▶ Une adéquation des postes avec les besoins et les capacités de formation à l'échelle nationale et que les commissions locales et régionales de répartition des internes respectent les besoins nationaux de la pédopsychiatrie.
- ▶ Que des pédopsychiatres soient les interlocuteurs directs des tutelles pour les questions concernant la santé mentale des enfants et adolescents.

Le SPH s'engage à ouvrir dans les semaines à venir un chantier consacré à la formation initiale des psychiatres et des pédopsychiatres, à toutes les étapes du cursus universitaire, pour qu'elle soit adaptée aux besoins sur les secteurs et les territoires, et en phase avec l'évolution des dispositifs de soins spécialisés.

Motion sur les plates-formes d'orientation et de coordination intervention précoce pour Troubles du neurodéveloppement

Le SPH réuni en assemblée générale

A pris acte de la Circulaire no SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement.

Le SPH demande

- ▶ A ce que le service public de psychiatrie infanto-juvénile soit systématiquement associé à la contractualisation de ces plateformes.
- ▶ A ce que, en coordination avec les plateformes, les pédopsychiatres des services publics puissent prescrire le forfait de soins précoces depuis les CMP.
- ▶ Demande une évaluation dans les 3 ans de l'efficacité de ces plates-formes.

Motion adoptée, 6 abstentions

Motion relative aux situations des mineurs hospitalisés en psychiatrie

Le SPH Demande :

- ▶ La reconnaissance du droit aux libertés fondamentales et à la protection de la santé pour les mineurs hospitalisés en psychiatrie.
- ▶ L'extension de l'âge de recours de la psychiatrie infanto-juvénile à 18 ans avec dotation des moyens supplémentaires nécessaires.
- ▶ Les moyens suffisants pour que les mineurs ne soient pas hospitalisés en service de psychiatrie générale et soient hospitalisés dans des conditions décentes respectant les spécificités de leurs besoins.
- ▶ Au moins une unité d'hospitalisation pour mineurs par territoire de santé rattachée à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- ▶ Des capacités de prise en charge post-urgence et de crise pour les mineurs dans chaque territoire de santé.
- ▶ L'élaboration de soins de transition pour les tranches âge frontière (adolescent-adulte).

Motion adoptée, 7 abstentions

Moyens relatifs aux missions de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Le SPH réuni en assemblée générale demande que la pédopsychiatrie puisse bénéficier des moyens nécessaires pour remplir ses missions :

- ▶ Au regard de l'augmentation de la population et de la prévalence des troubles mentaux des mineurs, **il faut accroître les capacités d'accueil des CMP, pour réduire les délais d'attente pour un premier rendez-vous et assurer l'accueil des situations non programmées (rapport sénat 2017).**
- ▶ Pour répondre aux défis de demain pour toute la pédopsychiatrie des territoires il faut accroître les moyens afin d'assurer :
 - » La prise en charge des populations les plus vulnérables.
 - » La prise en charge des troubles complexes dans le cadre d'un parcours de soin gradué et coordonné.
 - » La prise en charge des Troubles Neuro-Développementaux.
 - » Le développement de la psychiatrie périnatale.
 - » Les soins spécifiques pour les adolescents.

Motion adoptée, 4 abstentions

Motion recherche

Le SPH réuni en assemblée générale :

- ▶ Demande que les **recherches** cliniques et épidémiologiques en pédopsychiatrie s'appuyant sur le terrain soient prioritaires tant pour le financement que pour le support méthodologique et logistique et la diffusion.
- ▶ Demande que soient pris en compte les résultats des recherches nationales dans les recommandations de bonne pratique de la HAS.

Motion adoptée, 4 abstentions

EXPERTISE

Le SPH tient à rappeler son implication dans la défense et la promotion de la pratique de l'expertise psychiatrique dans ses différentes modalités. Cette mission découle d'une longue tradition et s'inscrit dans la continuité du service public de la psychiatrie avec une majorité des experts qui sont des praticiens hospitaliers.

Le SPH rappelle le rôle primordial qu'il a joué dans la coordination de la mobilisation avec les intersyndicales de praticiens hospitaliers et les associations et les compagnies d'experts de justice qui a abouti à la publication au JO du 2/05/2019 du décret qui réintègre les experts psychiatres dans la catégorie des collaborateurs occasionnels du service public (COSP). Le SPH reste cependant vigilant, car à deux reprises en décembre 2015 par le biais d'un décret puis en octobre 2018 par le truchement d'un amendement déposé en catimini au PLFSS, la Chancellerie a tenté de faire passer des dispositions réglementaires et législatives visant à exclure les praticiens hospitaliers des COSP. Il s'opposera fermement à toute mesure visant à remettre en cause les acquis de ce combat.

Le SPH constate une chute démographique des psychiatres experts judiciaires au cours de ces dernières années et invite les autorités à prendre en urgence des mesures incitatives pour rendre la pratique expertale plus attractive et stopper ce déclin. Les effectifs des experts psychiatres conditionnent la qualité de l'exercice de leur mission.

Le SPH demande une clarification du statut social du psychiatre expert de justice notamment en cas d'accident dans le cadre de la réalisation de ses missions pour le compte de l'autorité judiciaire. Il doit pouvoir également bénéficier de la protection fonctionnelle en tant qu'agent public s'il est victime d'une infraction en relation avec sa fonction d'expert.

Le SPH exige qu'après négociation soit mis en place un cadre clair de l'exercice et du **statut de l'expertise psychiatrique** : la préparation de ce cadre devrait se tenir au sein d'un groupe de travail du COPIL de la psychiatrie.

Le SPH est opposé à toute mesure visant à minorer la **rémunération** des expertises en fonction de la phase de la procédure. Il exige une juste revalorisation des dépositions aux assises et devant la chambre de l'instruction en cas de requête en vue de l'application d'une irresponsabilité pénale au titre de l'article 122-1 du Code pénal.

Le SPH réclame que l'ensemble des experts, quel que soit leur statut, puisse recourir à la **tarification des expertises psychiatriques dites hors normes** et sur devis pour tenir compte de la complexité du dossier, de la qualité du travail fourni et du temps consacré.

Le SPH réitère avec insistance la nécessité d'une **formation en psychiatrie légale** par tutorat et compagnonnage par des experts chevronnés complémentaire de l'enseignement universitaire.

L'ergonomie de la **plateforme CHORUS** et l'aisance de saisie des données par le psychiatre des hôpitaux réquisitionné pour des examens et des expertises, doivent être améliorées. Les procédures de contestation doivent être facilitées.

Le SPH réclame l'extension de la disposition statutaire qui autorise les expertises pénales **sur le temps de travail des psychiatres hospitaliers** à raison de deux demi-journées par semaine, aux autres expertises, civiles et administratives et aux examens médicaux effectués sur demande des magistrats et des autorités administratives.

Le SPH exprime sa disponibilité pour travailler avec les associations professionnelles d'experts de justice et les syndicats de magistrats en vue de faire évoluer la pratique de l'expertise psychiatrique.

Motion adoptée, 5 absents, 1 contre

STATUT DES PSYCHIATRES HOSPITALIERS

Le SPH demande

- ▶ En total accord avec APH que LES MESURES D'ATTRACTIVITÉ de la pratique médicale à l'hôpital soient enfin mises en place dans leur globalité.
- ▶ **L'inscription de la psychiatrie sur la liste des spécialités déficitaires au plan national.**
- ▶ La mise en œuvre de mesures d'amélioration des conditions de travail des médecins hospitaliers, de renforcement de la sécurité et de la qualité des soins, et la prise en compte de la pénibilité spécifique aux conditions de travail en psychiatrie.

L'ouverture de négociations sur les mesures statutaires, avec participation des représentants PH des DOM et COM.

Adoptée à l'unanimité

MESURES STATUTAIRES

Pour un statut unique de praticien hospitalier titulaire, temps plein ou temps partiel, hospitalier ou hospitalo-universitaire :

- ▶ Nomination nationale des PH après inscription sur une liste d'aptitude.
- ▶ Suppression période probatoire si le praticien a déjà exercé pendant une année et donné satisfaction.
- ▶ Reconnaissance des différentes dimensions de l'activité médicale hospitalière par la mise en place de valences contractualisées.

Pour un statut unique de praticien hospitalier contractuel, temps plein ou temps partiel, hospitalier

ATTRACTIVITÉ

- ▶ Carrière allant de 5000 € à 10000 € mensuel net.
- ▶ Progression linéaire (500 € mensuel par échelon, soit 11 échelons).
- ▶ IESPE à 20 % du salaire de base.
- ▶ Revalorisation de l'indemnité de sujétion (gardes) à 650 €.
- ▶ Activité libérale possible pour ceux qui le souhaitent dans les limites statutaires.
- ▶ Activité d'intérêt général : respect du droit statutaire, trop souvent contesté localement.

CLARIFICATION DE L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

- ▶ Définition précise du temps de travail.
- ▶ Décompte horaire du temps de travail dans le cadre des 5 demi-journées sur 24h
- ▶ Temps passé en astreinte considéré comme temps à disposition de l'employeur : doit être décompté et rémunéré.
- ▶ Temps de télétravail intégré au temps de travail.

RTT et CET pour tous les statuts H et HU.

Adoptée à l'unanimité

COTISATIONS RETRAITES SUR L'ENSEMBLE DES RÉMUNÉRATIONS H ET HU

- ▶ Alignement sur le statut de PH temps plein.
- ▶ Cotisation Ircantec à taux plein sur l'ensemble des rémunérations, indemnités et primes pour tous.
- ▶ Extension du dispositif de retraite progressive à tous les personnels médicaux.
- ▶ Quelles que soient les modalités de décompte du temps de travail.
- ▶ Comptabilisation du nombre de gardes dans le calcul de la pénibilité pour obtention de points supplémentaires.

Adoptée à l'unanimité

OUTRE-MERS

Le statut de PH, agent public, n'est pas assimilable à celui des fonctionnaires.

- ▶ Harmonisation et homogénéisation sur l'ensemble des Collectivités d'Outre-Mer et de l'indexation vie chère à 40 % pour l'ensemble des PH et contractuels de l'ensemble des rémunérations et tous les Outres-Mers.
- ▶ Garantie d'une formation continue régulière en Métropole avec délais route crédits formation alignés sur ceux du personnel non médical du fait de l'éloignement et des prix de billet aller-retour, au moins un voyage annuel vers métropole hors crédits de formation, 15 jours de formation + délais de route A/R.
- ▶ Inscription des postes ultra-marins sur la liste des postes éligibles à la Prime d'Engagement dans Carrière Hospitalière (PECH).
- ▶ Pas de réduction des droits RTT ou des indemnités en congés bonifiés.
- ▶ Pour les Antilles : publication rapide du décret et de l'arrêté précisant les modalités de recrutement des médecins hors UE (article L4131-5 du CSP).

Adoptée à l'unanimité

ESPIC

Le SPH soutient :

- ▶ Le maintien du statut public des praticiens détachés en établissement de santé privé d'intérêt collectif.
- ▶ La possibilité de titularisation des praticiens en période probatoire en ESPIC.

Motion adoptée, une abstention

PSYCHIATRIE ET MÉDIA

Devant le constat réitéré de la difficulté à présenter une image juste de la psychiatrie dans les media (préjugés, recherche de sensationnel privilégiée,..) et de ses effets sur la communication syndicale.

Il est fondamental que le SPH conduise une politique de communication :

- ▶ Définir un plan de communication ciblée et des éléments de langage repérés : Établir une plateforme de négociation (un manifeste) du SPH sur lequel s'appuyer.
- ▶ Recruter un chargé de communication pour la mise en œuvre de cette politique.
- ▶ Repérer des collègues syndiqués qui puissent être des figures d'identification pour le SPH.
- ▶ Organiser une formation à la communication dans les médias et un coaching pour les membres du SPH intervenants dans les médias.
- ▶ Être davantage présents et réactifs sur les réseaux sociaux.
- ▶ Mettre en place un comité des sages (volontaires et retraités du SPH).

Motion adoptée, une abstention

ÉVOLUTION DES MÉTIERS EN PSYCHIATRIE

Devant la diversification des métiers de soins et d'accompagnement en psychiatrie et santé mentale, le SPH :

- ▶ Appelle les pouvoirs publics à la vigilance sur les questions de formation, et de respect d'une éthique pour ces nouveaux métiers, qui nécessite de définir avec précision les champs de compétences et les responsabilités des différents acteurs.
- ▶ Rappelle l'importance d'une coordination des parcours de soins organisée par ou avec les équipes de soins psychiatriques.

Les métiers du télé-suivi doivent être soumis aux mêmes exigences.

Ces tâches de coordination sont chronophages, elles se font nécessairement au détriment des soins immédiats et posent de délicats problèmes d'organisation du travail : elles doivent être valorisées par une description renouvelée dans les systèmes d'information et nomenclatures utilisés en psychiatrie.

Motion adoptée, une abstention

GOVERNANCE MÉDICALE HOSPITALIÈRE ET RÉFORMES

MOTION GOUVERNANCE MÉDICALE

Le SPH demande :

- ▶ **La représentation syndicale des personnels médicaux hospitaliers dans les instances de dialogue social** existantes ou renouvelées des CH et GHT (fusion CTE - CHSCT).
- ▶ **La relance du dialogue social au sein de toutes les ARS par la convocation des Commissions Régionales Paritaires** dont le rôle doit être renforcé pour la mise en œuvre des mesures d'attractivité.
- ▶ Le développement des Communautés Psychiatriques de Territoire avec celui des Projets Territoriaux de Santé Mentale.
- ▶ La présence des PCME d'EPSM, des représentants psychiatres des présidents de CME de CHG et de CHU, des représentants des CPT comme membre de droit des instances des GHT.
- ▶ Le maintien d'antennes de DIM en psychiatrie dans les GHT.
- ▶ La prorogation des dérogations en cours pour les établissements de psy non partie à des GHT dès lors qu'ils sont associés à leur Projet Médical Partagé.
- ▶ La publication du décret prévu par l'article 195 de la loi santé de janvier 2016 (modalités d'exercice de PCME, charte de gouvernance directeur/PCME).
- ▶ Une gouvernance médicale renforcée : responsabilités des PCME, chefs de pôles, chefs de services.
- ▶ **L'application de la loi concernant les règles de nomination des chefs de pôles et l'abrogation du décret de 2009.**

Le SPH rappelle qu'il n'existe pas de hiérarchie médicale : les chefs de pôle et de service représentent leur pôle et leurs collègues ; il est souhaitable que le nom des praticiens porteurs d'un projet pour le pôle soient proposés au PCME par leurs collègues.

Adoptée à l'unanimité

MOTION FINANCEMENT

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux demande :

- ▶ **Le rattrapage de l'évolution de la DAF en psychiatrie générale et pour la psychiatrie infanto-juvénile** par rapport à celle de l'ONDAM depuis 2005.
- ▶ L'arrêt des prélèvements de « **réserve prudentielle** », la transparence des opérations de « péréquation » inter ou intra-régionale sans diminution des DAF.
- ▶ L'identification et la garantie des moyens alloués spécifiquement à la psychiatrie publique dans tous les établissements concernés, ex-CHS, CH, CHU et dans tous les GHT.
- ▶ La prise en compte « des modes de **spécialisation d'activités différentes** entre les secteurs d'appartenance des établissements » : la psychiatrie publique gère en effet les situations les plus lourdes en termes de nombre de comorbidité, de désavantage en situation sociale pour les patients et du nombre d'actes nécessaires par patient.
- ▶ **A être associé avec les représentants des professionnels de la psychiatrie publique à toutes les étapes des travaux sur les indicateurs et compartiments de ces nouveaux modes de financement et le suivi de leur mise en œuvre.**

Le SPH prend au mot la ministre qui assure de la détermination prochaine d'un ONDAP, objectif national de dépense en psychiatrie.

Adoptée à l'unanimité

Cotisations 2020

Cochez ici si vous ne souhaitez pas vous abonner à la Revue, et déduisez 71€ du montant de la cotisation.

En cas de règlement par chèque : à l'ordre du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
Joindre obligatoirement la fiche individuelle ci-dessous à :

Trésorier SIP SPH AEFCP
Pôle Ouest - CH Vinatier - 95 bd Pinel
BP 30039 - 69678 Bron Cedex

Secrétaire : Aicha RAMDANI - secretariatSIP2@gmail.com Tél. : 04 37 91 50 23 - Fax. 04 37 91 55 47

Les nouvelles syndicales sont sur www.sphweb.fr et www.cphweb.info
24h/24, le SPH vous informe grâce à son compte Twitter sur @SPHtweeter

*N'oubliez pas de fournir une adresse email en même temps que votre adresse postale.
Privilégiez un mail personnel pour assurer la réception de l'information syndicale.*

Fiche individuelle de renseignements

M. Mme Mlle

NOM	PRENOM
NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE / /

Adresse électronique (au moins une des deux)

Email professionnel	Email personnel
Portable personnel (recommandé pour vous joindre en cas de difficultés)	

Statut professionnel actuel

PH temps plein PH temps partiel → Echelon : Praticien contractuel Salarié ESPIC
 PAC Praticien attaché Chef de clinique Assistant Interne Honoraire (retraité)

Fonction institutionnelle (le cas échéant)

Responsable d'unité Chef de service Chef de pôle Président de CME

Exercice de la psychiatrie

Générale Infanto-juvénile Pénitentiaire Liaison Urgences
 UMD Sujet âgé Addictologie Équipe mobile Autre.....

Votre établissement de rattachement

Type (CHS, CH, CHU, etc.)

Nom de l'établissement

Code postal

Localité

Tél.

Adresse postale de correspondance

N°	Rue		
CS	BP	CP	Localité



RECRUTE

LA FONDATION BON SAUVEUR DE LA MANCHE UN PSYCHIATRE H/F UN PÉDOPSYCHIATRE H/F UN MÉDECIN ADDICTOLOGUE H/F UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE / GÉRIATRE H/F

Située sur un territoire couvrant le centre et le nord du département de la Manche, la Fondation Bon Sauveur regroupe une douzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées et de la formation.

Acteur majeur sur le plan clinique au niveau régional, la Fondation comprend plus de 1700 salariés dont 60 médecins, dispose de 989 lits et places, dont 497 en médico-social.

Centrée sur l'humain, notre action quotidienne est fondée sur des valeurs fortes.

- La bienveillance, l'écoute et le respect de chaque personne rencontrée ou accueillie dans nos établissements
- Une implication forte de nos professionnels mobilisés autour des usagers et de leurs besoins
- Un esprit d'ouverture, d'innovation et d'anticipation dans un contexte sociétal et économique en pleine mutation

LES POSTES MÉDICAUX

En rejoignant la Fondation Bon Sauveur de la Manche, vos missions sont diversifiées et vont au-delà de la prise en charge des patients et de leurs problématiques de santé. Il s'agit en effet de travailler au sein et avec de multiples structures (services d'hospitalisation, centres médico-psychologiques, établissements médico-sociaux...) et différents publics (troubles psychiatriques, handicap, enfants, personnes âgées...), mais également participer à la réflexion globale de l'institution et à l'élaboration des projets médicaux des établissements et services. À la Fondation Bon Sauveur de la Manche, vous intégrez une équipe de professionnels aux compétences variées mais complémentaires, qui unit ses savoirs pour une prise en charge optimale des patients et résidents.

AVANTAGES

- 32 jours de congés payés annuels (environ 6 semaines) + 14 jours de repos annuels.
- Fort investissement de l'établissement en matière de formation continue.
- Comité d'entreprise.
- Self d'entreprise (tarifs attractifs).
- Mutuelle familiale avantageuse.
- Prévoyance.

RENSEIGNEMENTS

M. Vincent GERVAISE,
Directeur du Centre Hospitalier (02 33 77 77 78)
Mme Laetitia MOISANT,
Directrice des Ressources Humaines (02 33 77 56 26)

RÉMUNÉRATION

- Rémunération à définir suivant statut (médecin du secteur privé, praticiens hospitaliers, etc).
- Reprise d'ancienneté.
- Prime d'embauche.
- Prise en charge des frais de déménagement.

Candidatures à adresser :

M. Alexis CHAUVEAU, Responsable recrutement
FONDATION BON SAUVEUR DE LA MANCHE
65 rue de Baltimore - 50 000 SAINT-LO
Mail : service.recrutement@fbs50.fr



www.fbs50.fr



L'EPSM Jean Martin CHARCOT (Caudan – Sud Bretagne) recrute **DES PSYCHIATRES ET PÉDOPSYCHIATRES**



Les postes (temps plein et temps partiels) à pourvoir sont à organiser autour :

- D'activités en unité d'admission ou de réhabilitation psychosociale pour adultes ou enfants/adolescents.
- D'activités en CMP ou Hôpital de jour.
- D'une ouverture possible sur des activités d'UMP aux urgences du GHBS de Lorient.
- D'une activité possible en centre pénitentiaire situé sur la commune de Plœmeur.
- D'autres prises en charge spécialisées (précarité, familles endeuillées, thérapie individuelle et familiale, réhabilitation psycho-sociale, jeunes enfants, adolescents...).

Postes requérant un investissement dans la pratique clinique d'équipe (médicale, soignante, éducative) en relation avec les partenaires du territoire : établissements de santé, structures médico-sociales, dispositifs d'appui, professionnels libéraux.

Le psychiatre participe à la permanence des soins dans le cadre d'une astreinte 3 à 4 semaines par an.

Les postes sont éligibles au dispositif de la Prime d'engagement des carrières hospitalières et sous certaines conditions à la prime d'exercice territorial (PET).

Un logement peut être mis gratuitement à disposition pour faciliter l'installation du candidat dans la région.



Nos projets et nos atouts !

- Établissement récemment autorisé pour un hôpital de jour adolescents et une équipe départementale autisme.
- Établissement membre de la chefferie du projet départemental de santé mentale du Morbihan.
- Établissement pilote de la filière santé mentale du GHT Sud Bretagne.

Ces postes vous intéressent !

Candidatez !

Demande d'information sur le poste à pourvoir :

- Ophélie RENOARD, Directrice de l'EPSM CHARCOT 02 97 02 39 00
- Dr Laurent LESTREZ, Président de CME de l'EPSM Charcot, 02 97 02 39 39

Fiches de poste et livret d'accueil disponibles sur demande au 02 97 02 38 41 auprès de Nathalie BOUATTOURA, Directrice des affaires médicales.

Plus d'informations sur notre établissement ?

Consultez notre site internet www.ch-charcot56.fr et retrouvez-nous sur facebook.

LE GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD

Villejuif (94) — Accès — Station Louis Aragon 172 et 131 — Arrêt Groupe Hospitalier Paul Guiraud
Clamart (92) — Accès 172 et 131 — Station A. Béclère recrute des

PSYCHIATRES H/F

inscrits au Conseil de l'ordre des médecins

Le groupe hospitalier Paul Guiraud assure une **mission de service public en psychiatrie adulte** réparti sur 11 secteurs de psychiatrie générale, cinq se situent dans le **Val-de-Marne** et six dans les **Hauts-de-Seine**. Ils desservent plus de 930 000 habitants répartis sur 30 communes. L'établissement dispose de **55 structures extra-hospitalières** soit : **808 lits et places** dont 530 lits sur le site de Villejuif.

Paul Guiraud est l'un des trois hôpitaux psychiatriques les plus importants d'Île-de-France. Plus de 21 000 patients sont traités chaque année dont 80 % à l'extérieur. Certaines équipes médicales sont investies dans de nombreux travaux de recherche. Le caractère pluridisciplinaire des équipes soignantes contribue à une meilleure prise en charge des patients. S'y ajoute 1 unité pour malades difficiles (UMD) de 80 lits, 1 UHSA de 60 lits, 1 service médico-psychologique régional (SMPR) à la prison de Fresnes de 47 lits, 1 service addiction : le CSAPA Liberté, 1 service de thérapie familiale, 1 service de soins somatiques, 2 instituts de formation. L'établissement est présent ou contribue aux urgences psychiatriques des hôpitaux Bicêtre, Antoine Béclère et Ambroise Paré.

Établissement support du **Groupement Hospitalier de Territoire « Psy Sud Paris »** en collaboration avec le **CH Fondation Vallée (Gentilly)**, le **CH Erasme (Antony)**, le groupe hospitalier Paul Guiraud **RECRUTE DES PSYCHIATRES** inscrits au Conseil de l'ordre des médecins :

- ASSISTANTS SPÉCIALISTES
- PRATICIENS HOSPITALIERS temps plein en qualité de titulaire ou de contractuel
- PRATICIENS HOSPITALIERS temps partiel en qualité de titulaire ou de contractuel

Vous pouvez :

- consulter la liste des postes à pourvoir sur le site du groupe : <https://www.gh-paulguiraud.fr/nous-rejoindre/tour-de-recrutement-praticiens-hospitaliers> où vous retrouverez les différentes fiches de postes
- contacter Mme Sophie NIVOY, Responsable du service des affaires médicales au 01 42 11 71 76 affairesmedicales@gh-paulguiraud.fr

Dans le cadre de collaborations fructueuses, le groupe hospitalier Paul Guiraud favorise l'évolution professionnelle en accompagnant rapidement ses praticiens vers la titularisation.

Merci d'adresser une lettre de candidature, accompagnée d'un CV et de la photocopie de vos diplômes, à Mme Cécilia BOISSERIE, adjointe au Directeur – Groupe hospitalier Paul Guiraud, BP 20065 – 54 Avenue de la République, 94806 VILLEJUIF cedex.

www.ch-pgv.fr



GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD

VNF - www.vnf.fr

L'INSTITUT DÉPARTEMENTAL GUSTAVE BAGUER (Asnières, 92)



RECHERCHE

- UN(E) NEUROPÉDIATRE
- UN(E) PÉDOPSYCHIATRE

CONTACT : recrutement@baguer.fr



LE GHT NOVO RECRUTE

PSYCHIATRE POLYVALENT

Praticien Hospitalier Adjoint du P.H. responsable de l'unité avec possibilité d'évolution du niveau de responsabilité.

Caractéristiques des fonctions : Évaluation et orientation des suicidants.

Objectifs et actions : Développer des protocoles de prise en charge en unité à DMS courte.

Participer à des actions de formation auprès des internes et des équipes paramédicales.

Élaborer ou participer à des programmes de recherche clinique.

Renseignements : Dr Béatrice CHABERT

ET PÉDOPSYCHIATRE

Le service propose aux enfants du secteur des soins variés : 2 CMP, 3 HDJ (de 3 à 14 ans), 2 CATT, une unité de périnatalité en lien avec le service de maternité, une unité des troubles des apprentissages et du langage, une unité d'évaluation autisme et une unité mobile de pédopsychiatrie gérant les situations complexes du secteur.

Renseignements :

Dr Erwan VION - PH Pédopsychiatre



POUR CANDIDATER : M. BA Abdoul - Responsable du Bureau des Affaires médicales
Tél. : 01 30 75 40 95 - Mail : abdoul.ba@ght-novo.fr



L'HOPITAL

Acteur de référence en psychiatrie et santé mentale en France, parmi les plus importants au niveau national, l'Établissement public de Santé Barthélemy Durand prodigue une offre de soins diversifiée à une population de 800 000 à 1,3 millions d'habitants, avec 705 lits et places, 14 secteurs, et une vingtaine de dispositifs départementaux et régionaux.

Il a achevé fin 2013 une mutation d'importance, témoignant de sa volonté de placer la qualité des soins au cœur de son projet et de s'adapter aux attentes des usagers en implantant la moitié de ses lits sur un site neuf à Ste-Geneviève-des-Bois, au plus près des secteurs desservis, complétant son offre de recours implantée dans cette ville depuis 1974. À côté de ses 3 sites d'hospitalisation (Ste-Geneviève-des-Bois, Longjumeau, Étampes), la prise en charge est ambulatoire à 80 %, avec 70 points d'accès dans l'Essonne (consultations, hôpitaux de jour ...).

Avec 1 500 professionnels et un patient partenaire du processus de soins, l'établissement s'adresse à tous les âges de la vie : Périnatalité, parentalité, pédopsychiatrie, détection précoce chez les adolescents et jeunes adultes, thérapie familiale, équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé...

Il est actif dans la prévention du suicide, propose de la méditation pleine conscience, de la remédiation cognitive et de l'ETP, et prend en charge les psychotraumatismes et le burn-out. Il est acteur de la formation initiale et continue des professionnels, actif dans les pédagogies innovantes (simulation en santé, serious games, réalité virtuelle...).

CONTACT

gpec@eps-etampes.fr



RECRUTE

DES PRATICIENS HOSPITALIERS / PHC

(Échelon 4 + 10 %)

NOS ATOUTS

Établissement public de santé mentale, acteur majeur de sa spécialité en France, engagé et innovant, à proximité immédiate de Paris (15-30 min en RER ou TER), situé en Essonne, département vert et jeune, où il fait bon vivre, et proche d'un aéroport international et d'une gare TGV.

- Large éventail de structures de travail (hospitalisation, ambulatoire, consultations de recours, recherche, enseignement ...) et de lieux d'exercice, du nord au sud du département.
- Partenariat avec des hôpitaux universitaires (Cochin, P. Brousse, Bicêtre, IMM, Fondation Vallée ...) sur des projets de recherche ou des postes partagés.
- Partenariats et échanges internationaux, avec notamment le CHU de Sherbrooke au Canada.
- Parcours professionnel adapté aux souhaits de chacun, soutenu par une politique de formation dynamique.
- 4 valeurs guident nos actions : Richesse professionnelle et travailler ensemble, management durable et responsable, équité et esprit d'initiatives.
- Hôpital qui prend soin de ses professionnels, avec une attention portée à la qualité de vie au travail : Projet social actif, bon climat de travail, environnement et locaux agréables, méditation pleine conscience pour les médecins/soignants, possibilité de logements et gardes d'enfants adaptées aux horaires de travail, label DRAC Culture et santé récompensant une politique riche et de qualité, ouverte au personnel.
- 3 Labels droits des usagers de la santé et Prix national 2018 de l'Innovation en Ressources Humaines.
- Situation financière saine, climat social favorable, certification Qualité HAS de niveau A.

CARACTÉRISTIQUES DES FONCTIONS

- Travail pluriprofessionnel avec une équipe d'infirmiers et de psychologues expérimentés.
- Participation à la permanence des soins (gardes) peu contraignante (une à deux fois par mois).
- Possibilité de participer à des projets de recherche ou d'innovation en lien avec des partenaires universitaires, des laboratoires INSERM, et le dispositif territorial de recherche et de formation de la faculté Paris-Sud : Recherches d'envergure nationale (RHU, PREPS, PHRC, PHRIIP ...), Intraprenariat et incubateur de start up, développement d'un jeu en réalité virtuelle pour la formation des professionnels et la sensibilisation des familles avec Labforsims (Fac Paris Sud)...
- Possibilité de faire émerger des projets selon vos compétences personnelles (développement d'une consultation spécialisée, enseignement, recherche ...).



Intersecteur de Pédopsychiatrie du Nord des Hauts de Seine

(Asnières, Clichy, Gennevilliers, Levallois et Villeneuve la Garenne).

Chef de pôle : Dr Michèle Zann

CONTACT :

Secrétariat Dr Michèle Zann,
Chef de pôle au 01.41.32.25.60
Mail : umpc@eps-rogerprevot.fr

Recherche :

1 PRATICIEN HOSPITALIER titulaire ou contractuel

L'activité est répartie sur 2 structures :

L'unité Parents Enfants : CATTN situé à Asnières accueillant des enfants de 2 à 6 ans présentant pour la plupart des troubles envahissants du développement. Les parents sont accueillis avec les enfants lors des demi-journées d'accueil. L'équipe est pluridisciplinaire et le poste proposé est celui de responsable de l'unité.

Le CMP de Clichy : Activité de consultations et de thérapies au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Dynamique, créatif, militant, privilégiant le travail en équipe pluridisciplinaire soutenu par des réunions institutionnelles et des groupes de travail autour de projets partagés.

5 CMP et 5 unités intersectorielles exclusivement ambulatoires.
1 équipe médicale comprenant 10,5 d'ETP de PH, 1 assistant et 2 internes.



1 ASSISTANT(E) SPÉCIALISTE

**Recherche
pour le 1^{er} novembre 2020 :**

L'activité est répartie sur 2 structures :

L'unité d'Accueil Thérapeutique pour Adolescents située à Asnières : Il s'agit d'une unité ambulatoire accueillant les adolescents et leurs familles pour consultations et suivis, se déplaçant sur les lieux de vie et d'hospitalisation des adolescents et travaillant avec l'ensemble des partenaires.

Le CMP de Gennevilliers. Le CMP est composé d'une équipe pluridisciplinaire accueillant les enfants et les familles pour des consultations, des bilans, des prises en charge thérapeutiques, individuelles ou en groupe. L'assistant assure des consultations et des suivis en lien avec l'ensemble de l'équipe.

Les médecins du service peuvent également participer à d'autres activités telles que psychodrame analytique, thérapie familiale systémique, consultation transculturelle, unité de formation...



LE CENTRE HOSPITALIER ÉDOUARD TOULOUSE À MARSEILLE



RECRUTE DES MÉDECINS PSYCHIATRES

Temps plein et
Temps partiel

URGENT

Le Centre Hospitalier Édouard Toulouse est un établissement public de santé mentale situé à Marseille.

Implanté sur un domaine de 17 hectares, il est composé de

10 Pavillons d'hospitalisation (232 lits, 40 places en Mas) et de plus de 40 structures extrahospitalières. Établissement dynamique, il permet la prise en charge de patients (adultes, adolescents, enfants) de 7 arrondissements de Marseille et 2 communes environnantes.

LES CANDIDATURES DOIVENT ÊTRE ADRESSÉES

À la Direction des Ressources Humaines - 118, chemin de Mimet - 13917 MARSEILLE cedex 15

Ou par mail à drh-affairesmedicales@ch-edouard-toulouse.fr

À Monsieur Yves GUILLERMAIN - Président de CME joignable au 07 63 19 54 65

E-mail : yves.guillermain@ch-edouard-toulouse.fr



LE CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'AIN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE
Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

UN MÉDECIN PSYCHIATRE (C.D.I TEMPS PLEIN/TEMPS PARTIEL)

RECRUTE

> Offre de soins en intra-hospitalier et extra-hospitalier

Le CPA, porté par son projet d'établissement 2018 - 2022, déploie ses prises en charge autour des notions d'empowerment et de rétablissement.

Il ouvrira à moyen terme un pôle de thérapies brèves comprenant : auto-hypnose, EMDR...

Candidatures à adresser auprès de :

Monsieur le Directeur du Centre Psychothérapique de l'Ain

Avenue de Marboz - CS 20503

01012 BOURG EN BRESSE CEDEX

Ou par mail à l'adresse : rh@cpa01.fr



Conditions :

- Poste à pourvoir dès que possible.
- Rémunération selon Convention Collective 51 - Statut Cadre.
- Possibilité détachement P.H.
- Mutuelle et Prévoyance.
- Retraite Complémentaire.
- Aide au déménagement et à l'installation.

Situation géographique intéressante :

à proximité de Lyon et Genève - TGV direct Paris, qualité de vie.

Renseignements auprès :

Du Directeur Monsieur BLOCH-LEMOINE au 04 74 52 27 37

Ou de Madame le Docteur VARICLIER,

Présidente de la C.M.E à l'adresse : sophie.variclier@cpa01.fr



RECHERCHE UN MÉDECIN PSYCHIATRE POUR ACTIVITÉ SECONDAIRE



Centre Éducatif Camille Veyron
ÉTABLISSEMENT PUBLIC COMMUNAL AUTONOME

Le Centre Éducatif Camille Veyron, établissement médico-social relevant de la fonction publique hospitalière situé à Bourgoin Jallieu (38300), recherche pour ses 2 Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) :

Un médecin psychiatre

À raison d'une journée hebdomadaire sur chaque FAM
Dans le cadre d'une convention

Les 2 FAM accueillent en internat permanent 35 personnes porteuses d'un handicap mental, d'un handicap psychique et/ou de troubles neurologiques (respectivement 20 personnes adultes pour le FAM Pierre Louve et 15 personnes adultes pour le FAM Pré-Pommier).

Pour plus de renseignements, les praticiens peuvent prendre contact avec

M. Frédéric ANDRIEUX, Directeur du Centre Éducatif Camille Veyron, au 04 85 41 02 20 ou par mail à f.andrieux@cecvbj.fr ou Madame RENEVIER, Cadre supérieur socio-éducatif des FAM au 04 74 93 91 42 ou par mail à c.renevier@cecvbj.fr

MISSIONS

- Consultations régulières des résidents présentant des troubles psychiques.
- Consultation sur demande lorsque l'état de santé d'un résident le nécessite.
- Ajustement des traitements en lien avec leur pathologie.
- Entretiens réguliers avec les familles.
- Réunion hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire et élaboration d'une réflexion clinique.
- Participation ponctuelle au processus d'admission et aux réunions réunissant les médecins de l'établissement.



Centre Hospitalier Pierre Loo

Établissement Public de Santé Mentale de La Nièvre
51 rue des Hôtelleries - B.P. 137 - 58405 LA CHARITE-SUR-LOIRE Cedex

CENTRE HOSPITALIER PIERRE LOO Recrute UN PSYCHIATRE

Statut à définir.
Pour son unité sectorisée.
Poste situé à Nevers.
Hospitalisation complète : 25 lits – Locaux neufs.
CMP – CATT – HDJ en centre-ville de Nevers.



Directeur par intérim Xavier SOUAL WLODEK - drh@ch-pl.fr - 03 86 69 40 48



Les PEP57
Recherchent en CDI à temps complet ou partiel

2 DIRECTEURS MÉDICAUX

Pour son CMPP de METZ (57), poste à pourvoir le 01/05/2020.
Pour son CMPP d'HAYANGE (57), poste à pourvoir le 01/09/2020.

Description du poste :

Dans le respect des orientations générales de l'Association, le directeur médical est chargé :

- D'assurer la co-direction du CMPP en étroite collaboration avec la direction administrative.
- D'assurer la responsabilité du projet thérapeutique élaboré pour chaque enfant qui consulte le CMPP, la mise en place et le suivi des soins ambulatoires.
- D'animer des réunions de synthèse en tant que prescripteur et responsable médical et de coordonner les soins dans un travail d'équipe pluridisciplinaire.
- D'élaborer la politique de soins du CMPP et participer à l'élaboration du projet d'établissement avec la direction administrative.

- De participer au recrutement des personnels et à la définition de la politique de formation continue utile à l'établissement.
- D'établir des liens avec les familles, les représentants légaux et les différents professionnels de santé intervenant auprès des enfants.

Profil du poste :

- Médecin spécialiste diplômé ou qualifié en psychiatrie / pédiatrie.
- Expérience, compétences confirmées en psychiatrie / pédiatrie.
- Sens des contacts humains, des responsabilités et du travail en équipe pluridisciplinaire.

Convention collective FEHAP du 31/10/1951.

Les candidatures sont à faire parvenir à :

Les PEP57

Service RH

8 rue Thomas Edison – 57070 METZ

marlene.gerner@pep57.org

Contact : 03 87 66 14 03 ou 64 19



RECRUTEMENT PSYCHIATRE PRATICIEN HOSPITALIER, CONTRACTUEL OU CLINICIEN

Le CHD de la Candélie recrute un psychiatre pour un pôle adulte comportant deux unités d'hospitalisation de 20 lits, deux CMP et un hôpital de jour.

Ce pôle dessert un bassin de population d'environ 100 000 habitants.

La répartition d'activité peut varier en fonction des demandes du candidat (80 à 50 % unité d'admission ; 20 à 50 % CMP).

Le pôle porte un projet centré sur l'extra-hospitalier, il participe activement aux travaux du conseil local de santé mentale et il est impliqué dans le déploiement de la téléconsultation.

Le CHD de la Candélie est l'unique opérateur en santé mentale (en adulte et pédopsychiatrie) du département. Il suit environ 11 500 personnes (file active annuelle) dont 8 200 adultes. Il comporte 250 lits d'hospitalisation complète et 150 places d'hôpital de jour en psychiatrie ainsi qu'un service d'addictologie de niveau II. Il emploie une cinquantaine de médecins et environ 1000 personnes.



Pour tout renseignement, contacter :

Monsieur CAMPAS : 07 57 45 14 31

richard.campmas@ch-candelie.fr

ou Affaires médicales : maryse.arnaud@ch-candelie.fr



L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉUNION

L'Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion (EPSMR), établissement de référence à taille humaine au cœur d'une zone d'activités touristiques.

532 lits et places répartis sur deux sites d'hospitalisation complète (Grand Pourpier et Bras Fusil).

Une quarantaine de structures extrahospitalières : Hôpitaux de jour, CMP, CATT, Centre d'accueil psychiatrique, Unité d'hospitalisation de courte durée, 1 EPHAD, 1 Centre de ressources pour auteurs de violences sexuelles, une unité de psycho-traumatologie, un Centre d'appui en réhabilitation et un service médico-psychologique régional (en milieu carcéral).

En psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile (différents secteurs géographiques).

Praticien contractuel au 4^e échelon + 40 % DOM + 10 % précarité. Prise en charge du billet d'avion, possibilité de logement et de mise à disposition d'un véhicule à l'arrivée.

Perspectives d'évolution vers un poste de PH.

Dr François APPAVOUPOLLE : ff.appavoupolle@epsmr.org

Direction des affaires médicales : al.hoarau@epsmr.org

Tél : 02 62 74 01 03 / 02 62 74 01 00

CONTACT

RECRUTE
**PSYCHIATRE(S) ET
PÉDOPSYCHIATRE(S)**
Praticien contractuel/
remplacements/PH



ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ERASME



Situé au 143 avenue Armand Guillebaud, spécialisé en psychiatrie, l'établissement comporte 3 secteurs de psychiatrie adulte et 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour le Sud des Hauts-de-Seine. Il dispose d'un site principal d'hospitalisation complète à Antony et de 24 structures extrahospitalières situées au sein de 19 des 36 communes du département. Il dispose de 113 lits pour adultes et 11 lits pour adolescents.

L'EPS ERASME RECHERCHE :

2 Praticiens hospitaliers à temps plein au sein du pôle de psychiatrie adulte 92G20

exerçant à 5 demi-journées en unité intersectorielle de réhabilitation (Antony) et 5 demi-journées en Centre médico-psychologique (Chatenay-Malabry).

CONTACT : Docteur A. METTON, *Chef de pôle*
agnes.metton@eps-erasme.fr

1 Praticien hospitalier à temps partiel au sein du pôle de psychiatrie infanto juvénile 92I06

exerçant à 6 demi-journées en Centre médico-psychologique (Le Plessis Robinson).

CONTACT : Docteur Jacqueline AUGENDRE, *Chef de pôle*
jacqueline.augendre@eps-erasme.fr

1 Praticien hospitalier à temps partiel ou praticien contractuel à temps plein au sein du pôle de psychiatrie adulte 92G21

- exercant :
- Si temps partiel : Entre 4 et 5 demi-journées en unité intersectorielle d'accueil (Antony) et entre 1 et 2 demi-journées en centre médico-psychologique.
 - Si temps plein : 5 demi-journées en unité intersectorielle d'accueil (Antony) et 5 demi-journées en centre médico-psychologique (Antony).

CONTACT : Docteur Jean-Paul METTON, *Chef de pôle*
jean-paul.metton@eps-erasme.fr

1 Praticien hospitalier à temps partiel au sein du pôle de psychiatrie infanto-juvénile 92I05

exerçant à 6 demi-journées en centre médico-psychologique (Chaville).

CONTACT : Docteur Nancy PIONNIE-DAX, *Chef de pôle*
nancy.pionnie-dax@eps-erasme.fr

2 Assistants spécialistes au sein du pôle de psychiatrie infanto-juvénile 92I05

exerçant à 10 demi-journées :

- 1 poste en intra hospitalier : Unité d'hospitalisation pour adolescents (Antony).
- 1 poste au sein de l'Équipe mobile pour Adolescents récemment créée.

CONTACT : Docteur Nancy PIONNIE-DAX, *Chef de pôle*
nancy.pionnie-dax@eps-erasme.fr

1 Assistant spécialiste au sein du pôle de psychiatrie adulte 92G09

exercant à 7 demi-journées en unité d'hospitalisation (Antony) et 3 demi-journées en centre médico-psychologique (Suresnes).

CONTACT : Docteur Joséphine CAUBEL, *Chef de pôle*
josephine.caubel@eps-erasme.fr

Possibilité de participer :

- À la permanence des soins de l'établissement (Antony) et/ou service des urgences de l'hôpital Béclère (Clamart).
- À l'unité recherche de l'établissement.