

La LETTRE du

Numéro 19 - Janvier 2021



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

Médecine du CORPS / Médecine de l'ESPRIT

39^{es} JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ
DE L'INFORMATION
PSYCHIATRIQUE

7 > 9 OCTOBRE 2021

LA BAULE

PALAIS DES CONGRÈS ATLANTIA

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Novembre 2020

Rapport du président

Rapport moral

Les Motions syndicales

ATELIERS

Devenir du statut de PH

Crises sanitaires et organisation
de la psychiatrie : Les enseignements
de la Covid 19

Atelier pédopsychiatrie



Sommaire

ÉDITORIAL	03
-----------	----

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Rapport du Président	04
----------------------	----

Rapport moral de la Secrétaire Générale	15
---	----

Compte-rendu du Trésorier	19
---------------------------	----

Motions syndicales	20
--------------------	----

ATELIERS

Devenir du statut de PH	25
-------------------------	----

Crises sanitaires et organisation de la psychiatrie : Les enseignements de la Covid 19	32
--	----

Atelier pédopsychiatrie	39
-------------------------	----

APPEL À COTISATION SPH 2021	48
-----------------------------	----

Bulletin d'adhésion SPH	50
-------------------------	----

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.

Éditorial

D^r Isabelle Montet - Secrétaire Générale SPH

D^r Marc Bétremieux - Président SPH

Vous trouverez ici le compte-rendu de l'Assemblée Générale 2020 que le SPH a dû tenir par visioconférences, la crise sanitaire ayant imposé de nouvelles conditions de fonctionnement pour la vie syndicale.

Les rencontres espérées à l'espace Niemeyer à Paris le 23 et 24 novembre en remplacement des réunions à La Baule, repoussées d'un an, ont été transformées en ateliers syndicaux accessibles par visioconférences et les adhérents avaient jusqu'au 30 novembre pour exprimer un vote sur les motions et rapports syndicaux.

Merci à ceux qui ont pu participer, en dépit de conditions peu propices à l'élaboration collective et aux échanges d'informations, et alors que de nouveaux enjeux pour la psychiatrie et l'exercice professionnel se dessinent dans cette période de crises.

Le SPH poursuit son travail d'élaboration, d'accompagnement et ses actions, pour la psychiatrie et l'exercice hospitalier avec APH. Chacun peut y jouer un rôle.

La prochaine Assemblée générale se tiendra à La Baule où le SPH et la Société de l'Information Psychiatrique vous donnent déjà rendez-vous pour du 5 au 9 octobre 2021 aux 39^e Journées de la SIP, « Médecine du corps, médecine de l'esprit » <https://sip.sphweb.fr/2020/05/03/le-programme-des-39emes-journees-de-la-baule>

Syndicalement.

RAPPORT DU PRÉSIDENT

Marc Bétrémieux

Novembre 2020

Cher(e)s Collègues,

Nous avons placé l'Assemblée Générale de Metz en 2019 sous le signe de la colère et autres émotions.

« La Psychiatrie entre soin et politique. Une catastrophe annoncée ? »

J'inscris le bilan d'activité du SPH de l'année 2020 sous cette paraphrase, empruntée à un article de Frédéric Worms dans la revue Esprit daté de 2008 « La grippe aviaire entre soin et politique. Une catastrophe annoncée ? ». L'actualité du propos en est malheureusement encore brûlante en cette année de pandémie. Pour notre AG 2020 le choix du virtuel s'est imposé malgré nous, après le report du Congrès de La Baule en 2021 et l'annulation de l'AG programmée fin novembre qui devait se tenir à Paris au Centre Niemeyer. La deuxième vague de la pandémie nous impose douloureusement d'utiliser ces nouveaux moyens techniques que nous expérimentons depuis le mois de mars. Cela sera par téléconférences pour les ateliers que nous avons souhaité maintenir en direct, leur taille pouvant le permettre.

Programme des ateliers (deux ateliers en parallèle)

Lundi 23 novembre 14h - 16h

- ◆ Pédopsychiatrie (F. Roos-Weil, B. Welniarz, AS Pernel, L. Angladette)
- ◆ Devenir du statut de PH (M. Azoulay, M. D'Amore, MJ. Cortes, M. Bétrémieux)

Lundi 23 novembre 16h - 18h

- ◆ Financement de la psychiatrie (B. Odier, JP Salvarelli, J. Paquis)
- ◆ Contraintes et psychiatrie légale (P. Jean-François, M. David)

Mardi 24 novembre 10h - 12h

- ◆ Gouvernance territoriale et organisation des soins : PTSM, CPT, etc. (MJ. Cortes, G. Cézanne-Bert, M. Bétrémieux)
- ◆ Crises sanitaires et organisation de la psychiatrie : les enseignements de la Covid 19 (I. Montet, P.Favré, G. Apter)

Vous êtes destinataires par mail des supports de présentation des ateliers ainsi que des rapports 2020 des Président, Secrétaire Générale et Trésorier, envoyés à tous les adhérents via notre lien [sendinblue](#) le 15 novembre 2020.

Le vote des motions ainsi que des rapports 2020 se fera par tous les adhérents à jour de leur cotisation, toujours par voie électronique. Un support vous sera transmis par mail et ce vote se fera après les ateliers, le WE suivant avec clôture des votes le 30 novembre 2020 à minuit.

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux 2019/2020

Mobilisations 2019 / 2020

La psychiatrie publique a été victime de l'absence totale d'une politique sérieuse de la part de nos gouvernants successifs de ces dernières années. Face à la répétition de ce constat que nous dénonçons, le SPH a bâti des propositions ambitieuses pour notre discipline tant en psychiatrie infantile-juvénile que dans la demande répétée d'une loi organique pour la psychiatrie dans sa globalité. Nous avons soutenu ces propositions avec tous nos moyens et à tous les niveaux de représentation, à commencer très directement auprès des différents ministres.

La psychiatrie publique est extrêmement fragilisée par la suppression inique et continue de

ses moyens de fonctionnement. Et pour mieux l'achever, elle est accusée de tous les maux par tous ceux qui souhaitent se faire connaître dans un énième rapport. L'année 2019 se terminait sur le constat amer que la feuille de route de la ministre Madame Buzyn, ne solutionnerait aucunement le quotidien de nos équipes dans leur engagement soignant auprès de la population. Sa déclinaison concrète sur quelques compléments d'enveloppes pour soutenir la réhabilitation, certains projets dits innovants ou de psychiatrie infantile-juvénile se faisaient encore attendre et étaient notablement insuffisants, ciblant dans une opération de passe-passe ce qui conti-

nait d'être retiré ailleurs ! Les Dotations Annuelles de Fonctionnement restaient en grave déficit, en déphasage total avec les réels besoins. Contre toute logique budgétaire le ministère maintenait des réserves dites prudentielles sur les DAF. La psychiatrie à l'hôpital général était toujours pompée par les autres spécialités soumises à la pression continue de la Tarification à l'Activité.

Exaspérés par l'ampleur des difficultés quotidiennes et faute d'être entendu par le gouvernement, l'ensemble des personnels de l'hôpital n'a pas eu d'autre choix que celui de la rue. Il a enchaîné fin 2019 une série de mouvements sociaux de défense massive des valeurs

et moyens de l'hôpital public, de revalorisation des carrières des personnels.

Pour rappel, les mouvements de colère de la psychiatrie avaient débuté en 2017 en phase avec la détresse des équipes qui ne pouvaient plus soigner dans des conditions décentes et se sont poursuivis en 2018. En mars 2019, dans la suite de plusieurs agressions du personnel des urgences d'hôpitaux de l'est parisien, le service des urgences de Saint Antoine entamait une grève illimitée. Ce mouvement s'est ensuite étendu. Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux avec la CPH et APH exigeait du gouvernement le traitement urgent de trois sujets : celui de la gouvernance, des statuts des praticiens et du financement des hôpitaux !

La mobilisation nationale de l'Hôpital Public du 14 novembre 2019 a été massive et a rassemblé, fait exceptionnel, tous les syndicats de médecins et de personnels soignants ainsi que les collectifs et les associations d'usagers ! Dans la suite immédiate de ce mouvement, le ministère qui disait jusqu'à présent ne pas avoir de marge de manœuvre, présentait le 20 novembre 2019 un plan scandaleusement insuffisant de 200 Millions d'euros pour l'hôpital public (et de 100 millions pour les EHPAD). Devant ce mépris les mobilisations des soignants, avec l'appui de collectifs et des syndicats, se sont succédé de manière intensive le 30 novembre, le 5 décembre, le 6 décembre avec les internes qui ont appelé à la grève le 10 décembre et le 17 décembre.

Ces mouvements se sont inscrits malheureusement en parallèle du mouvement national de défense des retraites et n'ont pas toujours eu la visibilité souhaitée. Notre intersyndicale APH concertait dans le même temps avec la DGOS, avec le cabinet, au Conseil supérieur des Personnel Médicaux sans que s'ouvrent les véritables négociations attendues devant l'urgence de la situation. L'année se terminait sur une proposition de Thomas Deroche Directeur de Cabinet d'une reprise des négociations statutaires début 2020 sur quatre mois mais avec

refus d'une augmentation générale, et aussi de négociations sur les décrets gouvernance.

L'année 2020 débute par des réunions qui se passent très mal avec le ministère qui a face à lui, un accord de toutes les parties même de la FHF sur la nécessaire revalorisation des carrières des PH. Mathias Albertone Direction RH DGOS stoppe le processus au bout de trois réunions sous prétexte des élections municipales à venir. La ministre relance les négociations sur les statuts fin janvier 2020 dans un courrier vide sur le contenu, sans révision des grilles, aucune avancée pour le milieu et la fin de carrière etc., et dont le Président d'APH n'avait pas été destinataire car « il aurait été perdu » (sic) !

Le Groupe de Travail « Gouvernance » qui avait bien fonctionné, avec des avancées en termes de négociation et d'orientations est alors shunté par la mise en place de la mission « Claris ». Un troisième Groupe de Travail sur le management dont le pilotage avait été très flou s'est éteint sans conclusion. Les collectifs et syndicats appelaient alors à poursuivre les mouvements sociaux, grèves et manifestations nationales le 14 février 2020 jour symbolique où nous voulions déclarer notre flamme à l'hôpital public.

La suite de l'histoire en 2020 pour l'hôpital nous montre malheureusement les effets dramatiques sur la population de ces politiques de paupérisation des dispositifs publics que nous dénonçons depuis des années !

Le 12 mars 2020 le Président Macron invite la population à limiter ses déplacements dans les transports publics, à ne pas rendre visite aux personnes hébergées en Ehpad. Les entreprises sont appelées à intensifier le télétravail. Il complète par ces propos : « Ce que révèle d'ores et déjà cette pandémie, c'est que la santé gratuite sans condition de revenu, de parcours ou de profession, notre Etat-providence ne sont pas des coûts ou des charges mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe. Ce que révèle cette pandémie, c'est qu'il est des biens et des services qui

doivent être placés en dehors des lois du marché... Les prochaines semaines et les prochains mois nécessiteront des décisions de rupture en ce sens. Je les assumerai. »

Le 16 mars, soit quatre jours après cette première annonce il déclare « après avoir consulté, écouté les experts, le terrain et en conscience, j'ai décidé de renforcer encore les mesures pour réduire nos déplacements et nos contacts au strict nécessaire. Dès demain midi et pour 15 jours au moins, nos déplacements seront très fortement réduits. »

Vous connaissez tous les suites chaotiques et répétées de cet état d'urgence sanitaire.

Annoncé le 17 mai 2020 par le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, le Ségur de la santé, consultation des acteurs du système de soin français, s'est déroulé du 25 mai 2020 au 10 juillet 2020. Le SPH avec APH a été acteur tout au long de la consultation Ségur de la Santé et a transmis de nombreuses propositions, qui n'ont pas été reprises dans les documents finaux !

Au final, pour la psychiatrie la montagne du Ségur a accouché d'une souris !

Le 14 juillet 2020, trois mois après le début du confinement, le chef de l'État disait vouloir tirer « toutes les leçons » de la crise sanitaire, assurant que « nous pouvons être fiers de ce qui a été fait et de notre pays ». « Cette épreuve a aussi révélé des failles, des fragilités (...) Je veux que nous tirions toutes les leçons de ce que nous avons vécu ». Le 26 juillet 2020, le SPH informait avec ses partenaires l'ensemble de nos concitoyens, sur le tsunami à venir de difficultés nouvelles, notamment socio-économiques impactant la santé mentale et aggravant la situation des plus vulnérables. Au moment où le ministre en appelait à « une nouvelle ambition » pour la feuille de route, nous alertions les pouvoirs publics sur l'urgence d'une politique nationale ambitieuse à mettre en place et d'une gouvernance à sa hauteur pour la psychiatrie.

Pandémie Covid 19 et Psychiatrie publique

« *Que les choses continuent comme avant voilà la catastrophe* » écrivait Walter Benjamin.

Contrairement à un nombre de spécialités hospitalières qui avaient limité et surtout stoppé leur activité programmée, toutes les équipes de la psychiatrie publique ont poursuivi leur activité de

soins ambulatoires, maintenu les hospitalisations, créé des unités dédiées pendant la première vague de la Covid19. Cela s'est construit dès le premier jour du confinement et nous avons inventé d'autres modalités et outils de soins complémentaires (voir retour expérience Lettre SPH n°18).

Cela n'a été possible en Psychiatrie publique que par la qualité de notre organisation territoriale et sectorielle des soins. C'est la réelle connaissance des besoins de la population par chaque équipe de secteur, c'est notre engagement dans l'écriture des diagnostics territoriaux des projets

de santé mentale qui a permis le maintien de la continuité des soins. C'est l'opérationnalité quotidienne de la politique de secteur de psychiatrie et sa responsabilité populationnelle qui fondent l'engagement des soignants dans les démarches d'accompagnements et de soins « allant vers » les patients et leur entourage.

Nous avons soutenu le maintien des liens thérapeutiques vers une population qui peut présenter, nous le savons, une grande vulnérabilité dans ce contexte de stress permanent. C'est en nous adaptant dès le début sur ce socle que nous avons pu développer des modalités nouvelles d'interventions thérapeutiques en nous appuyant sur des outils de télétravail quand ils étaient accessibles mais surtout en amplifiant les modalités ordinaires de la pratique sectorielle que sont les visites à domicile.

En contradiction totale avec la vision d'une commission parlementaire de septembre 2019 qui dépeignait la psychiatrie comme « catastro-

phique, dysfonctionnant, inefficace, inefficace et au bord de l'implosion », nous avons assisté ces derniers mois à l'engagement total des équipes, malgré toutes ces attaques, dans le maintien au plus proche d'un soin humanisé. Nous martelons que le succès de l'approche sectorielle en psychiatrie est manifeste.

La « dynamique de transformation et d'ouverture », chère à nos gouvernants et leur feuille de route, est bien au cœur du patrimoine génétique de la psychiatrie publique que nous avons construit, forte de son adaptabilité, de sa réactivité et de sa créativité.

Spontanément sur tout le territoire, et avec l'appui des sociétés savantes comme la Société de l'Information Psychiatrique ou la Fédération Française de Psychiatrie et de syndicats comme le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, les équipes de psychiatrie ont expérimenté et formalisé l'utilisation de nouvelles pratiques. Les consultations par téléphone et les téléconsul-

tations ont pu permettre le maintien des liens avec l'ensemble des patients de nos files actives mais aussi de proposer écoute et soutien dans cette période traumatique pour toute la population et les professionnels de santé via la mise en place de cellules médico-psychologiques. Des initiatives médiatisées au niveau national et international comme celle de la SIP vers les enfants par la diffusion de bandes dessinées et dessins animés : « le coronavirus expliqué par ton pédopsychiatre » sont remarquables.

L'appui dans le cadre de l'épidémie sur certaines technologies ne doit pas faire oublier que notre discipline est une médecine de la personne, que les psychothérapies nécessitent la rencontre par la présence à l'autre et que les soins psychiques passent par aussi le corporel. Le vécu professionnel récent des soignants en télétravail montre très vite les limites de ces technologies avec un risque de perte de sens lié à l'utilisation unique de ces outils, des effets de fatigue et d'atteinte à l'identité professionnelle.

Activité institutionnelle du SPH au quotidien

Accompagnement de situations particulières individuelles, Qualité de vie professionnelle et Statuts des Praticiens

Je remercie en premier lieu l'engagement de l'équipe « Statuts » du SPH pilotée depuis quelques années par Monique D'amore renforcée par nos jeunes conseillers Marion Azoulay et Alexis Lepetit avec Catherine Samuelli Massat, Jean Paquis, Denis Desanges, enfin Michel Eynaud et Georges Onde pour les Outre-Mer. Ils assurent une

présence auprès de tous nos collègues psychiatres publics. Ils ont mis en place des outils modernes d'accompagnement adaptés aux enjeux à venir de notre syndicat. Les collègues psychiatres, d'ailleurs pas toujours adhérents, interpellent le syndicat dans des situations difficiles voir dramatiques et ils leur offrent une écoute immédiate et des réponses

personnalisées, tout en les encourageant à rejoindre notre collectif.

L'atelier « statuts » du lundi 23 novembre 2020 à 14h complétera par ses motions, ce travail extrêmement sensible des conseillers SPH et secrétaires d'établissements.

Accompagnement de situations collectives, Organisation des Soins

Soins sans consentement en psychiatrie

Je remercie très chaleureusement Michel David qui a assuré la place de vice-président du SPH pendant ces deux derniers mandats et celui d'actuel Président de la Fédération Française de

la Psychiatrie. Je tiens à souligner son engagement sans faille au sein du bureau, son humour et la grande pertinence de sa réflexion sur le sujet complexe des soins en psychiatrie. Il a

par ses apports essentiels, en lien avec Isabelle Montet Secrétaire Générale et les membres du conseil, écrit la trame de ce qui constitue en 2020 le corpus théorique de notre syndicat.

Hopsyweb : les fins sécuritaires du dispositif sont validées

La psychiatrie publique a été marquée par la décision très politique du Conseil d'Etat en plein confinement, de ne pas suivre les deux recours déposés par notre seul syndicat des psychiatres ! Pour rappel, il y avait eu aussi le dépôt de recours par d'autres institutions : le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA), l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou

handicapées psychiques (Unafam), la Ligue des droits de l'homme et la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) action sanitaire et sociale, le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), l'association Avocats, droits et psychiatrie.

Etre aux ordres du Ministère de l'Intérieur ne faisait pas partie des projets de la psychiatrie publique. Le SPH exigeait solennellement

l'abrogation pure et simple des deux décrets. Nous sommes intervenus avec force par deux recours gracieux puis en Conseil d'Etat déposés en 2018 contre le décret du 23 mai 2018 sur le fichage Hopsyweb des patients et le « casier psychiatrique », et en novembre 2019 contre le décret du 6 mai 2019 modifiant le décret du 23 mai 2018.

Ces deux décrets avaient été publiés sans aucune consultation de la représentation professionnelle que sont les syndicats ni d'ailleurs des copil de psychiatrie ou conseils de santé mentale sensés éclairer les ministres. Le premier recours avait donné lieu à une décision d'annulation partielle rendue par le Conseil d'Etat le 4 octobre 2019 très décevante.

Le SPH s'était efforcé d'apporter la démonstration que ce décret constitue l'un des instruments de l'arsenal normatif conçu par l'Etat au service de sa politique de prévention de la radicalisation à caractère terroriste. En dépit du soin pris par l'Administration pour masquer la finalité du Décret et derrière une volonté affichée de simplement assurer le « suivi des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement », la base légale de ce texte, le discours gouvernemental, ainsi que le texte qui l'a modifié, ne laissent aucun doute quant à son véritable objet.

Malgré notre argumentaire, le Conseil d'Etat a validé la légalité du croisement du fichier

Hopsyweb relatif à des patients hospitalisés en psychiatrie et celui des signalements pour radicalisation à caractère terroriste dans une décision rendue le 27 mars 2020. Le Conseil d'Etat a rejeté l'ensemble des requêtes en annulation du décret du 6 mai 2019, accusé de porter atteinte à plusieurs libertés individuelles fondamentales. Avec pour paradoxe le fait que le Conseil d'Etat reconnaît clairement que ce décret a « pour finalité la prévention de la radicalisation à caractère terroriste ».

L'une des questions était de savoir quel régime juridique est applicable au traitement des données permis par le décret du 6 mai 2019, qui croise deux dispositifs de traitement de données (Hopsyweb et le FSPRT). Pour les magistrats, il s'ensuit que le croisement des données instauré relève, au même titre que le traitement FSPRT, des seules dispositions applicables aux traitements intéressant la sûreté de l'Etat. Celles-ci sont aujourd'hui regroupées au sein du titre IV de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux

fichiers et aux libertés ainsi que des dispositions communes à l'ensemble des traitements figurant aujourd'hui au titre I, précise la décision. Le croisement des fichiers ne relève dès lors pas du champ d'application du règlement général européen des données de santé (RGPD) ni du titre II de la loi du 6 janvier 1978. Les magistrats du Conseil d'Etat précisent que la mise en relation d'Hopsyweb et du FSPRT a « pour objectif de prévenir le passage à l'acte terroriste des personnes radicalisées qui présentent des troubles psychiatriques ». Le dispositif correspond aux objectifs visés et que les destinataires des données sont bien ceux qui ont besoin d'en prendre connaissance, dans l'exercice de leurs missions (les préfets). Le décret attaqué vise à lutter contre le terrorisme, il répond à l'intérêt public, poursuivent les magistrats, donc on ne peut lui reprocher de « méconnaître l'interdiction de traitement des données de santé ».

Le fait que le décret ne mentionne pas l'information des patients concernés de leur inscription dans le dispositif n'est pas non plus un problème, selon les juges, puisque c'est prévu par la loi.

Isolement & Contention

Le vendredi 19 juin 2020, le Conseil Constitutionnel a rendu un jugement décisif sur les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie. Les sages ont décidé qu'au-delà d'une certaine durée, ces pratiques devraient à l'avenir être soumises au contrôle d'un juge. Ceci en vertu de l'article de la Constitution qui indique que « nul ne peut être arbitrairement détenu » (article 66). Cette décision a imposé le contrôle judiciaire et la nécessité de revoir la loi d'ici le 31 décembre 2020.

La possibilité de saisir un juge pour contrôler la régularité d'un isolement ou d'une contention en psychiatrie a été validée par les députés dans le cadre de l'examen en première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021. Les députés ont adopté en octobre 2020 l'article 42 relatif à l'encadrement de l'isolement-contention en psychiatrie et ont instauré la possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) dès lors que l'isolement d'un patient ou sa mise sous contention dépasse certaines durées.

Expertise et Psychiatrie

L'expertise psychiatrique pénale joue un rôle majeur dans les procédures d'évaluation de la responsabilité de l'auteur d'une infraction. Le SPH a fait le constat en lien avec l'Union

Qui peut saisir le juge ? Lorsqu'il est envisagé de renouveler « exceptionnellement » une mise à l'isolement au-delà d'une durée totale de 48 heures ou une mise sous contention qui a atteint une durée totale de 24 heures, le médecin se doit ainsi d'informer le juge et les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 du Code de la santé publique. Il demeure un aspect potentiellement problématique du fait que c'est le médecin qui soit chargé d'informer les personnes susceptibles de contester la décision médicale qu'il souhaite a priori lui-même prendre, à savoir de prolonger une mesure de contrainte.

Le projet de loi prévoit que le juge statue sans audience selon une procédure écrite, même si une audition par visio-conférence ou téléphone, peut être organisée à la demande du patient ou, le cas échéant, d'un proche. L'article 42 qui insère un contrôle judiciaire des Droits dans une loi chargée de financer les besoins de santé sans accorder de nouveaux moyens à la

psychiatrie est un comble, si le but véritable est de réduire les nécessités de recours à l'isolement et contention. Les expériences internationales de diminution de ces pratiques montrent bien la corrélation étroite avec les moyens qui sont consacrés aux soins psychiatriques (normes de personnel en extra-hospitalier comme en intra-hospitalier, qualité des prises en charge par de la présence et de l'écoute, etc.).

Ces deux sujets majeurs font l'objet d'un atelier Contraintes et Psychiatrie Légale copiloté par Michel David et Paul Jean François, complétés par les questions d'expertise et d'irresponsabilité pénale.

Je remercie Paul Jean-François membre du bureau en charge de l'expertise et de la psychiatrie légale. Il a accompagné avec ses connaissances, sa présence et son savoir-faire avec le Ministère de la Justice et nos collègues Magistrats, nos revendications tant au niveau de l'expertise, de son statut que des sujets légaux pendant ces deux derniers mandats.

Cette diminution est en concordance avec la baisse de la démographie médicale, mais a aussi été aggravée considérablement par des éléments propres à la pratique de l'expertise.

Ces dernières années, des mouvements revendicatifs des experts psychiatres se sont produits face au manque de clairvoyance de la chancellerie sur certains points touchant leur statut, et Paul Jean-François avec le SPH et APH y

a défendu et obtenu le rétablissement du statut de Collaborateur Occasionnel de Service Public. Nous avons encore d'autres revendications : en cas d'accident dans le cadre de la réalisation de ses missions, demande de la protection

fonctionnelle en tant qu'agent public s'il est victime d'une infraction en relation avec sa fonction d'expert, etc.

Irresponsabilité Pénale

Paul Jean-François a été auditionné à la demande du SPH le 8 juillet 2020 par la Commission Sénatoriale sur l'irresponsabilité pénale mise en place suite à un débat le 18 février 2020 au Sénat et deux propositions de loi. Avait été exprimé l'idée de faire évoluer le principe, introduit dans le droit français en 1810 (Code Napoléon) qui empêche la condamnation

d'une personne dont le discernement est aboli. Les deux textes sénatoriaux sont des réponses qui interviennent après un contexte particulier, de plusieurs attaques au couteau, comme celles de Villejuif (3 janvier) ou de Metz (5 janvier), où à chaque fois la question du discernement des auteurs a été posée. Le débat intervient surtout après la décision de la cour d'appel de Paris le

19 décembre 2019 en irresponsabilité pénale pour Kobili Traoré, jugé coupable du meurtre de Sarah Halimi en 2017.

Le SPH rappelle l'attachement des psychiatres à la possibilité d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour les patients présentant des troubles psychiatriques graves au moment des faits.

Psychiatrie infanto-juvénile

Le 12 mai 2016, le SPH communiquait sous le titre Psychiatrie Infanto-Juvenile en Danger en réponse à la ministre Buzyn, il reste d'une actualité aiguë.

En avril 2017, la mission d'information du Sénat sur la psychiatrie des mineurs en France a formulé 52 propositions en reprenant plusieurs contributions dont celle élaborée par le SPH et la SIP.

En mai 2020, la FFP refusait le nouveau cahier des charges des CMPP imposé par l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine par ce cri : « Non à un désastre sanitaire de plus ! Ce cahier des charges étant un produit d'un dictat administratif, ne reposant sur aucune étude circonstanciée des besoins et de l'offre existant sur le territoire, constituant une imposture scientifique, une insulte aux savoirs et aux compétences des professionnels, et in fine une perte de chance et un danger pour les patients et les familles. ».

Le 8 juillet 2020, Olivier Véran s'est engagé à « mettre le paquet sur la filière de pédopsychiatrie ». A l'Assemblée nationale, le ministre a assuré qu'il souhaitait mettre des moyens pour améliorer l'accès aux soins en pédopsychiatrie, en rappelant le problème « inacceptable de l'accès aux soins, notamment en pédopsychiatrie, sur une partie croissante du territoire national ». Il exclut de fermer un seul CMP, le ministre insistant sur le fait qu'on « ne pouvait pas rester les bras ballants à constater que des enfants qui souffrent de troubles doivent attendre dix-huit mois pour avoir un diagnostic, des semaines voire des mois pour pouvoir bénéficier de soins spécialisés ou de rééducation ». Et encore d'insister : « Un pays comme la France devrait s'enorgueillir de mettre encore une fois le paquet, l'accent et tous les moyens, je dis bien tous les moyens [...] pour pouvoir structurer une filière digne de ce nom en matière de santé mentale et d'accompagnement

de l'enfant. » « Il y a des idées, peut-être créer, identifier demain une filière spécifique de pédopsychiatrie à côté de la filière de psychiatrie adultes... ».

Il a évoqué aussi la « possibilité de faciliter l'accès direct aux psychologues sur prescription, pour les mineurs. » Indiquant qu'il avait rencontré « l'ensemble des acteurs de la filière », il a souligné que le ministère tiendra compte des organisations que les acteurs de terrain avaient su mettre en place « pour s'appuyer dans la durée sur leurs initiatives. »

L'atelier syndical « Pédopsychiatrie » du lundi 23 novembre 2020 de 14h à 16h sera animé par Anne-Sophie Pernel, Fabienne Roos Weil, Laure Angladette et Bertrand Welniarz avec Gisèle Apter que je remercie de leur action et dans le soutien sans faille des motions du SPH feront des propositions majeures au ministre pour la psychiatrie infanto-juvénile.

SPH et Instances nationales

Copil de Psychiatrie & Groupes de Travail du Ministère

Le SPH a défendu avec force l'intérêt d'avoir pour la discipline un Copil de Psychiatrie, espace de concertation et de proposition afin d'éclairer le ministère sur la politique à mener. Nous le souhaitons beaucoup plus formalisé dans la désignation de ses membres, dans ses missions et objectifs, qu'il y ait un règlement intérieur, etc.

Suite à la démission d'Yvan Halimi, nous avons craint sa suppression avec la création de la délégation ministérielle à la psychiatrie confiée à Frank Bellivier. Le Pr Pierre Thomas a été nommé co-président du COPIL avec la

nouvelle DG de la DGOS Katia Julienne à l'été 2019. Une première réunion qui s'est tenue le 6 septembre 2019 au ministère a été plus qu'inquiétante. Le SPH avait dû faire le forcing auprès du ministère pour participer à cette rencontre car oublié dans les convocations. Ce Copil 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 ?

Nous avons invité Pierre Thomas au congrès SPH de Metz pour lui rappeler nos attentes et il nous avait présenté sa feuille de route. Par la suite, d'importantes tensions ont été exprimées par ses membres et cela a abouti à un report de réunions depuis janvier 2020 du Copil de Psychiatrie dont nous sommes sans nouvelle à ce jour !

« Comité Covid »

La pandémie a été dans un premier temps « vide de recommandations » du ministère et nous avons dû inventer un cadre de fonctionnement en adéquation avec les contraintes qui pesaient du fait de l'épidémie et du confinement. Cette reprise en main de l'organisation des soins lors de la première vague par les équipes médicales et soignantes a montré toute sa pertinence et nous l'avons fait savoir. Cela a été l'occasion d'une première enquête du SPH transmise à

chacun des conseillers qui ont fait remonter un état des lieux des organisations dans les secteurs de leurs régions.

Je remercie ici tous les conseillers qui se sont mobilisés et ont permis une première synthèse qui a été transmise au Ministre Véran, à la Conférence des Présidents de CME de CHS, au délégué à la Psychiatrie, aux co-présidents du COPIL, à la FHF, etc. Cette enquête, première synthèse nationale des organisations, a très

visiblement permis au ministère de rédiger des recommandations qui sont arrivées dans un deuxième temps. Cette synthèse a été publiée dans la Lettre du SPH numéro 18 de mai 2020 : <https://sphweb.fr/>

La pandémie a été l'occasion de la mise en place d'un comité de « suivi Covid » à la main du Délégué de la Psychiatrie qui y invitait qui bon lui semblait et qui a rédigé ces recommandations.

Groupe de travail Réforme des Autorisations en Psychiatrie

Le calendrier de ce groupe de travail a été reculé en lien avec le retard pris et le contexte national. Le SPH a soulevé à plusieurs reprises en groupe de travail sur la réforme du financement de la psychiatrie, l'importance de corréliser les deux démarches.

Audition IGAS 23 janvier 2020 les CMP en psychiatrie « adultes »

Marc Bétrémieux et Jean-Pierre Salvarelli pour le SPH ont été auditionnés à l'Inspection Générale des Affaires Sociales le 23 janvier 2020 par Julien Emmanuelli qui effectuait une mission sur les CMP « adultes ». Un rapport devait être rendu à l'automne.

Nous avons rappelé à la mission que le dispositif de la psychiatrie publique s'appuie avec le déploiement des soins ambulatoires sur le concept de secteur psychiatrique. Chaque équipe de soin psychiatrique pluriprofessionnelle, sous la responsabilité d'un psychiatre chef de service, est implantée sur un territoire dont elle a la responsabilité populationnelle. L'évaluation de l'activité en psychiatrie se heurte à la difficulté de comparer des secteurs dont les évolutions ont été hétérogènes depuis leur création, s'y ajoutent les inégalités de moyens en temps

médicaux et paramédicaux, en équipements, les inégalités d'environnement et l'appui ou non d'établissements privés et associatifs dans le département ou la région.

Les points principaux expliquant la crise actuelle de la psychiatrie :

- ▶ La démographie des psychiatres qui est en diminution, avec des projections d'évolution suite à l'abrogation du numérus clausus moins favorables que les autres spécialités.
- ▶ L'augmentation du taux de recours et des files actives ces trente dernières années : le dispositif de soins sectorisé est aussi victime de son succès. L'évolution de la file active des patients en psychiatrie montre une augmentation constante de 3 à 5 % ; elle traduit le respect par

les équipes de ses principes de base : implantation dans la cité et accessibilité.

- ▶ Le manque en professionnels indispensables aux équipes comme les infirmiers véritablement formés à la clinique spécifique des soins en santé mentale.

La grande difficulté à construire des parcours de soins pertinents est un des stigmates de la crise grave que traverse la psychiatrie. Concernant les soins ambulatoires, les temps d'attentes sont souvent importants pour accéder à un parcours de soins spécialisés, malgré les actions de priorisation par les équipes, la création d'unités ou d'équipes d'accueil et d'évaluation qui peuvent proposer des évaluations initiales rapides. La pénurie de solutions d'aval ou la pauvreté du secteur libéral obère souvent la situation globale.

Loi 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Les groupes de travail ont été suspendus à partir du confinement qui a été suivi du Ségur qui a intégré un certain nombre de points. Certains groupes thématiques ont été remis en route à la fin de l'été.

Ségur de la Santé 2020, Tout ça pour ça !

La concertation Ségur 2020 s'est déployée, à la sortie du confinement, sur quatre piliers annoncés par le chef de l'État. Cette consultation est restée très générale sur un temps très court avec des différences notables de pilotage. Le SPH avec la CPH-APH a participé aux groupes de travail et transmis des propositions écrites aux pilotes.

⇒ Pilier n°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Ce volet concernait pour les psychiatres hospitaliers en premier lieu la question centrale de l'attractivité des carrières (grilles, indemnités, etc.). C'est un travail qui avait été engagé de longue date avec les différents ministres successifs (mission Lemenn avec M. Touraine, hôpital 2022 avec A. Buzyn, etc.). Groupe piloté par Nicole Notat et décliné en propositions lors

de réunions de négociations avec O. Véran, l'enveloppe proposée n'était vraiment pas à la hauteur des ambitions et ne créera pas le choc d'attractivité annoncé. Nous espérions à l'origine une enveloppe de l'ordre de plusieurs milliards d'euros pour les médecins hospitaliers. O. Véran a refusé d'aller au-delà des 450 millions d'euros. APH et Jeunes Médecins, ont pris la décision de

refuser en l'état le protocole d'accord, car les vrais sujets avaient été éludés de la négociation. Suite à ce refus APH et JM ont été exclus du comité de suivi du Ségur !

Notre plateforme APH pour obtenir un véritable choc d'attractivité, c'est-à-dire faire venir les plus jeunes et garder les seniors à l'hôpital public

est claire. Elle comprend les seules mesures à la hauteur de l'enjeu :

- ▶ Définition du temps de travail.
- ▶ Rémunérations.
 - Pas de début de carrière en dessous de 5 000 € brut mensuel de traitement de base, progression plus linéaire avec un échelon de 500 € tous les 3 ans jusqu'à 10 000 € en fin de carrière (11 échelons).
 - Indemnité d'engagement de service public exclusif correspondant à 20 % du salaire de base.
 - Revalorisation immédiate des gardes à 650 € pour tous les statuts, avec inclusion dans le temps de travail pour tous, H et HU.
 - Reconnaissance des valences, financière ou par compensation du temps clinique, qui seront contractualisées avec l'hôpital ou la faculté, selon son type.
 - RTT et CET pour tous les statuts, valorisés sur la base du salaire de base + 25 % puisque ce sont des heures supplémentaires.
 - Cotisations retraites sur toutes les rémunérations H et HU, dont la valorisation des CET.
- ▶ Gouvernance médicalisée, etc.

Un accord pour les médecins hospitaliers signé en juillet 2020 par les autres Intersyndicales comprend 16 mesures dont les « principales » :

- ▶ Une l'indemnité d'exercice de service public exclusif (IESPE) qui est passée de 490 euros brut par mois pour un temps plein à 700 euros pour tous au 1^{er} septembre 2020 puis à 1 010 euros.
- ▶ Une révision des grilles de salaires avec des évolutions ciblées sur le début et la fin de carrière.

Les représentants d'APH ont été dans l'impossibilité d'être présents lors d'une séance ultime de négociation le 9 juillet 2020, convoquée trois heures avant ! Alors que le ministre O. Véran avait levé la séance précédente en claquant la porte. Les représentants d'APH repartis vers leurs domiciles, avaient demandé la tenue d'une nouvelle réunion afin de respecter les règles du dialogue social permettant de conclure à un protocole d'accord qui aurait l'effet du choc d'attractivité tant attendu. Il n'en a rien été, et un recours au tribunal administratif a été déposé en référé urgence, avec un jugement défavorable. Un nombre important de points discutés

et retenus du Ségur concerne des sujets qui avaient été déjà préparés antérieurement dans le suivi de la loi 2019.

Le ministère a mis en place dès la rentrée de septembre 2020 un Comité de Suivi du Ségur et des groupes de travail en excluant APH et Jeunes Médecins car non signataires de l'accord Ségur. Devant cette décision du Ministère ne respectant pas le cadre démocratique et la liberté syndicale, APH a déposé un recours gracieux en référé au tribunal administratif qui a été débouté puis un recours contentieux au Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat s'est prononcé le 19 octobre 2020 et a condamné la décision du ministre d'exclure APH et JM de la table des négociations, il doit payer 1000 euros aux intersyndicales et impose la présence d'APH et JM aux réunions de suivi. Le cabinet du ministre le 20 octobre, a pris acte du jugement en CE et a invité APH à participer aux réunions à venir de négociations « hors du sujet du Ségur ». Il a rappelé que tout ce qui toucherait à ce qui n'a pas été signé par APH n'entre pas dans ce cadre !

➤ Pilier n°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

Réforme du Financement de la Psychiatrie, propositions du SPH

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux s'est saisi historiquement de la nécessaire évolution du financement des parcours de soins en psychiatrie afin de répondre de façon beaucoup plus adéquate aux besoins de la population, ce dont témoignent les motions issues de son congrès depuis plusieurs années.

En 2019 en Assemblée Générale, le SPH a voté pour une motion que nous avons diffusée :

- ▶ Le rattrapage de la Dotation Annuelle de Financement de psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile dans son évolution par rapport à celle de l'ONDAM depuis 2005.
- ▶ La fin des prélèvements de réserve prudentielle et la transparence des opérations de péréquation inter ou intra régionale.
- ▶ L'identification et la garantie des moyens alloués spécifiquement à la psychiatrie publique dans tous les établissements ayant plusieurs autorisations d'activités (CHG, CHU) et dans tous les GHT.

▶ La prise en compte des modes de spécialisation d'activités pour la psychiatrie publique qui gère les situations les plus lourdes en termes de comorbidités, de précarités de situations sociales et du nombre d'actes nécessaires par patient.

▶ La définition d'un « objectif national de dépense en psychiatrie », spécifique et identifié.

Le SPH s'est associé aux travaux sur les indicateurs et compartiments des modes de financement, chantier piloté par la Task Force puis par Didier Guidoni seul.

Je remercie ici Jean Paquis, Jean-Pierre Salvarelli et Bernard Odier pour avoir suivi de façon précise ce chantier qui devrait s'ouvrir par une première tranche de mise en place en 2021. Vous avez tous été informés par le SPH du « Tour de France » de Guidoni pour présenter les axes de sa réforme et de la possibilité de l'interpeller.

Le SPH est en désaccord sur plusieurs de ses propositions. Le SPH a transmis neuf points dans un courrier adressé le 13 juin 2020 à O. Véran ministre de la Santé :

1. En l'état actuel d'impréparation de la réforme, le SPH déplore que les choix envisagés avec le compartiment « Dotation à la File Active » ne tiennent pas compte des enseignements de l'utilisation de la T2A en MCO. L'expérience montre que les trois systèmes de budgétisation (prix de journée, budget global et paiement à l'activité) ont chacun leurs zones cliniques de pertinence, et que seule la combinaison des trois limite les inconvénients de chacun d'eux. Des travaux méthodiques d'analyse médico-économique menés par une équipe de recherche stable tenant compte des vagues précédentes des travaux médico-économiques et comportant des simulations permettront d'anticiper les effets pervers de tout algorithme de financement. Le SPH exige d'être associé de près à ces travaux.

2. Le SPH s'oppose à la mise en place d'un financement soi-disant « à la qualité » dans l'état actuel d'aporie des indicateurs proposés par la HAS.
3. Les tâches d'organisation et de coopérations effectuées par les secteurs psychiatriques doivent être reconnues et valorisées : le modèle de financement doit intégrer un compartiment spécifique pour leurs tâches d'organisation des soins et de coopération entre leurs différentes composantes, à temps complet, à temps partiel et ambulatoire, et avec les professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux locorégionaux, au moins équivalent à la façon dont l'article 51 de la LFSS depuis 2018 a prévu le financement des coordinations pour les libéraux.
4. Il est irréaliste de vouloir piloter l'évolution du système de soins psychiatriques selon une simple quantification positive ou négative de telle ou telle forme de soin : la relance des travaux de planification, de régulation et d'organisation des soins s'impose.
5. Les simulations d'application de la réforme doivent se faire pour six types d'établissements, et non seulement quatre : les contrastes entre CH mono-appartenant et CH généraux doivent être reconnus et mesurés pour ne pas être dissimulés dans les simulations sur le seul type « Centres hospitaliers ».
6. La composition du futur comité de concertation régional chargé de la régulation régionale des dotations doit comporter des professionnels de la psychiatrie compétents sur la satisfaction des besoins de soins psychiatriques de la population. Le comité doit tenir compte du PTSM et comporter un représentant de la CRSA. Le rythme de ses réunions doit être suffisant pour que ce comité ne soit pas une simple chambre d'enregistrement.
7. L'absence de catégorie tarifaire pour les adolescents et jeunes adultes condamne la psychiatrie de l'adolescent pourtant mise en place conjointement par des secteurs de psychiatrie adulte et de psychiatrie infanto-juvénile, par des ESPIC, des EBL (cliniques privées) et des services universitaires.
8. Le SPH s'oppose aux projets de dégressivité avec le temps de la valorisation économique des traitements : elle est contraire à la diversité des rythmes de traitements selon les problèmes cliniques de sévérité inégale, et à la prise en compte du temps qui est un ingrédient incontournable des traitements en psychiatrie. Le SPH demande à être associé aux analyses qui prélueraient à la prise en compte des rythmes des traitements ambulatoires.
9. Le SPH exige qu'une présentation complète de la réforme ainsi que son suivi soient faits au comité de pilotage de la psychiatrie.

⇒ Pilier n°3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

Le SPH avec APH a rappelé dans ses contributions les axes forts de sa plateforme basée sur le remédicalisation de l'hôpital à toutes les strates de son organisation :

La Gouvernance : elle doit être remédicalisée et démocratisée.

Nous n'en finissons pas de subir les conséquences de la loi HPST et de l'instauration d'une gestion bureaucratique sur des objectifs financiers plus que humains et médicaux.

- ▶ Un directeur n'a pas de compétence médicale et les décisions stratégiques ne doivent pas mettre en difficultés la qualité de notre exercice médical. Pour cela, la CME doit avoir de vrais pouvoirs décisionnaires pour tout ce qui concerne la stratégie médicale,

l'organisation et la qualité des soins, la gestion des personnels médicaux, la nomination des chefs de service et de pôles, et le budget à attribuer aux services de soins. La CME doit pour ça être composée entièrement d'élus, sans membres de droit. Le cas échéant, ils ne doivent pas avoir le droit de vote.

- ▶ Le temps médical dévolu à la gouvernance et aux institutions doit être compensé dans les services.
- ▶ L'entité importante pour le fonctionnement médical est le Service – seul reconnu par l'Université – et pas le pôle, qui doit rester une entité de gestion financière.
- ▶ La nomination des chefs de service et de pôle doit être faite conjointement par

le directeur et le PCME après avis des praticiens du service ou du pôle, puis de la CME.

- ▶ L'articulation CME et CMG doit respecter les CME, le projet médical d'établissement et la gestion des ressources humaines médicales ; aux CMG échoit ce qui concerne la stratégie et le projet médical de territoire, ainsi que l'articulation avec les CPTS du territoire.
- ▶ Le dialogue avec les ARS doit être l'œuvre du binôme Directeur-PCME, notamment les aspects budgétaires qui doivent prendre en compte les critères de pertinence et d'efficacité médicale.



➤ Pilier n°4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

Le SPH a transmis au Ségur ses propositions sur les organisations territoriales pour la discipline :

La Communauté Psychiatrique de Territoire est devenue incontournable

Les dispositifs de soins en psychiatrie, ont la possibilité de s'appuyer depuis la loi de 2016 et pour chaque territoire de santé mentale sur la mise en place de Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT).

Leur généralisation est un enjeu majeur afin d'apporter à la population des réponses adaptées, diversifiées, graduées en termes d'organisation de soins et en phase avec les orientations des Projets Territoriaux de Santé Mentale qu'ils contribuent à écrire. Depuis

leur inscription dans la loi comme possibilité et leur multiplication dans le paysage de la psychiatrie, l'intérêt des CPT est majeur dans la construction de véritables parcours de soins coordonnés aux niveaux sectoriels, intersectoriel et suprasectoriel.

Les CPT valorisent les spécificités de la psychiatrie inscrites dans son système de planification des dispositifs de soins et appuient leur organisation sur les principes essentiels aux parcours de soins en psychiatrie : prévention,

proximité, accessibilité et continuité des soins. Ces principes identitaires de la discipline sont la condition première de réussite pour une organisation performante et efficace en matière de politique de santé mentale.

Le rôle structurant des communautés psychiatriques de territoire avait été clairement acté dans la Feuille de Route Santé Mentale et Psychiatrie en 2018.

Organisation territoriale de la Psychiatrie et Projet Territorial de Santé Mentale

En articulation étroite avec les équipes de soins primaires constituées autour des médecins généralistes sur la base d'un projet de santé, l'organisation de la psychiatrie s'inscrit totalement dans un maillage territorial (coordination dite de second niveau) devant aboutir à la proposition d'un projet territorial de santé mentale. Dans le cadre d'une politique de santé mentale associant l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'un territoire, les Communautés Psychiatriques de Territoire sont amenées à s'impliquer dans l'élaboration de ce projet territorial de santé mentale, déclinée en trois étapes :

- Le diagnostic territorial partagé.
- Le projet territorial de santé mentale.
- Le contrat territorial de santé mentale.

Les Communautés psychiatriques de Territoire doivent être rendues obligatoires afin de :

- ▶ Fédérer 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.
- ▶ Contribuer à la définition du projet territorial de santé mentale.
- ▶ S'assurer 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.
- ▶ Concourir à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévue par le projet territorial de santé mentale.

Les niveaux de territoires doivent être retenus en phase avec les réels besoins d'organisation en santé mentale. Il est nécessaire de s'appuyer sur des territoires dont les caractéristiques correspondent à des bassins de vie porteurs d'une véritable dynamique de territoire. Leur configuration doit permettre une accessibilité totale aux usagers de soins.



Secteur psychiatrique rénové

La dynamique de territoire est une véritable chance pour poursuivre la mise en place d'un secteur psychiatrique rénové, dans la perspective d'une organisation des soins de santé mentale à trois niveaux : sectorielle et généraliste, intersectorielle et spécialisée et supra-sectorielle pour des dispositifs très spécifiques.

SPH activité au sein de nos Intersyndicales CPH & APH

Le SPH par son nombre d'adhérents et l'implication de ses élus est une organisation syndicale représentative majeure de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux et d'Action Praticien Hôpital. J'y ai exercé la responsabilité du secrétariat général de la CPH depuis 2014 sous la présidence de Jacques Trevidic.

APH a été créé à la suite du travail engagé par les responsables d'Avenir Hospitalier Nicole Smolski et de la CPH Jean-Claude Pénochet puis, suite à sa démission à l'automne 2014, par Jacques Trevidic. Les statuts d'APH approuvés le 16 octobre 2015, avaient fait l'objet d'une élaboration commune depuis la décision de rapprochement des deux intersyndicales en 2014. Le premier bureau d'APH était constitué de Nicole Smolski présidente, de deux vice-présidents Jacques Trévidic représentant la CPH et Max-André Doppia AH, du Trésorier Raphael Briot et du Secrétaire Général Marc Bétrémieux.

Jacques Trevidic Président de la CPH et d'APH a décidé d'arrêter l'exercice de l'ensemble de ses fonctions syndicales début septembre. Le contexte de reprise des réunions avec le ministère nécessitait à son avis ce changement dès à présent, pris en phase avec une décision anticipée et déjà annoncée il y a un an.

Lors du CA d'APH du 8 septembre 2020 il a été procédé à une élection au sein du bureau d'APH afin d'occuper les postes vacants. Depuis l'AG de janvier 2020, complétée par l'AG extraordinaire de mars 2020 ayant acté la composition du CA et du bureau, le poste de vice-président était resté vacant, ainsi qu'une partie des administrateurs. APH ayant pour ambition de rassembler l'ensemble des praticiens, devait avoir une structure opérationnelle forte à commencer par un président et un vice-président qui puissent la représenter.

Un nouveau bureau APH a été élu le 8 septembre 2020 :

- ▶ Président d'APH : Jean-François Cibien, Président d'AH.
- ▶ Vice-Présidence d'APH : Carole Poupon, Présidente de la CPH.
- ▶ Trésorier d'APH : Raphael Briot, Trésorier d'AH.
- ▶ Trésorier Adjoint d'APH : Jean-Bernard Tuetey, Trésorier de la CPH.
- ▶ Secrétaire Général d'APH : Marc Bétrémieux, Secrétaire Général de la CPH.

Après avoir remercié Jacques Trevidic de son action, Jean François Cibien, nouveau Président

APH, a dit la nécessité de définir la liste des priorités et les moyens d'actions à envisager pour le mandat à venir. Il a insisté sur la communication nécessaire et partagée sur les différents chantiers en particulier sur celui des moyens syndicaux.

Carole Poupon, Vice-Présidente APH, a rappelé sa volonté de construire rapidement la maison commune avec des nouveaux statuts APH, qui ont été rédigés lors d'un séminaire APH en mars 2020, et où une seule intersyndicale APH réunira tous les syndicats qui y adhéreront. APH a obtenu 60 % des sièges des Praticiens Hospitaliers au Conseil Supérieur des Professions Médicales et ainsi devenir l'intersyndicale la plus représentative. Nous en sommes à une nouvelle étape avec leur approbation en AG le 10 décembre 2020.

Le SPH en actions avec les intersyndicales

L'intersyndicale Action praticiens hôpital (APH) et Jeunes médecins (JM) ont présenté des listes communes lors des élections professionnelles des praticiens hospitaliers de 2019. Nous avons uni nos forces pour présenter des candidats de toutes disciplines, de toutes générations, hospitaliers et hospitalo-universitaires, exerçant dans des établis-

sements grands ou petits, tous attachés aux valeurs de l'hôpital public. 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. Marie José Cortes y est suppléante ainsi qu'Isabelle Montet pour les titulaires.

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

Conseil Supérieur des Professions Médicales

Le décret Conseil Supérieur des Personnels Médicaux Hospitalier a été publié le 19 juillet 2018. Gagner les élections au CSPM en 2019 était notre priorité absolue car c'est sur la base de la représentativité d'APH au CSPM que nous pourrions obtenir les moyens syndicaux inscrits dans la loi de modernisation de notre système de santé (article 194). Des réunions sont en cours avec le ministère sur la définition de ces moyens syndicaux.

Élections des conseils et bureau SPH 2021/2024

Je vous rappelle que nous renouvelons cette année l'ensemble de nos instances régionales et nationales dans un processus électif qui s'est ouvert début novembre 2020. Tous les membres ont été destinataires d'un courrier rappelant l'importance pour notre syndicat d'être représentatif, solide par l'engagement de tous dans sa capacité à faire évoluer l'exercice professionnel et l'organisation des soins en psychiatrie publique.

Pour conclure

Le SPH exige des responsables de la nation des mesures politiques courageuses pour la psychiatrie publique ! Je me suis efforcé avec tous les conseillers que vous aviez élus et le renouvellement de votre confiance pendant deux mandats en tant que président du SPH, de répondre à la charge confiée. Je souhaite remercier très chaleureusement tous les membres du bureau et du conseil qui se sont engagés avec moi pour faire exister une psychiatrie publique innovante et d'excellence, ayant les moyens de ses ambitions. J'ai eu un immense plaisir à transmettre mon énergie et aussi à vivre avec vous les moments forts de notre syndicat, durant mes différents mandats de secrétaire puis de conseiller régional du Nord-Pas-de-Calais avant d'intégrer le bureau comme conseiller national et enfin d'y exercer les responsabilités de Trésorier puis de Président. Ce plaisir concerne aussi les heures de travail partagées avec nos collègues des intersyndicales de la CPH et d'APH. Pierre Faraggi puis Jean-Claude Pénochet avaient vu l'importance du rassemblement des forces de tous nos syndicats. A leur suite, nous avons œuvré à la construction d'une grande intersyndicale Action Praticiens Hospitaliers avec Nicole Smolski, Max André Doppia, Jacques Trevidic et maintenant Jean-François Cibien avec Carole Poupon.

Le SPH c'est aussi notre maison commune riche de toutes ses compétences avec nos liens génétiques avec la Société de l'Information Psychiatrique, l'AEFCP ODPCPsy et votre revue de l'Information Psychiatrique. Je remercie leurs présidents Gisèle Apter, Guillaume Cézanne Bert, leurs conseils d'administration et le rédacteur en chef Thierry Trémine de leur engagement sans faille.

Notre syndicat est issu en 1945 d'une amicale. Je veux évoquer ici plus particulièrement Isabelle Montet notre secrétaire générale, Pierre François Godet notre trésorier et Michel David. Ils ont permis de faire vivre une pensée collective et de la mettre en actions et je leur en suis très reconnaissant. Je les remercie surtout des moments d'amitiés partagés toutes ces dernières années.

Le travail va se poursuivre avec une nouvelle équipe en 2021 suite aux élections SPH qui viennent de commencer. Je ne me représenterai pas pour ce prochain mandat 2021/2024, en raison de mon projet de départ à la retraite et je transmets ici tous mes vœux de réussite à cette future équipe.

Je vous remercie enfin chaleureusement de votre présence et de votre participation militante à cette AG 2020 particulière. Faisons tous que notre AG 2020 soit constructive malgré ces temps incertains pour l'avenir de la psychiatrie publique. Prenons soin de nous et souhaitons une longue vie à notre syndicat !

Dr Marc Bétrémieux, Président du Syndicat Psychiatres des Hôpitaux
1 abstention



**Assemblée Générale
2020**

**Atelier « Crises sanitaires et
psychiatrie »**
Les enseignements de la Covid 19?



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

AG SPH 24 novembre 2020

The graphic also features a vertical strip on the right side showing a video conference interface with four participants in separate windows.

RAPPORT MORAL

Isabelle Montet, Secrétaire Générale _____

Covid oblige... Ou pas

Il est difficile de ne pas céder aux interprétations sur le choix que le couple Macron, avait fait début mars en affichant une sortie au théâtre pour rassurer les Français inquiets de l'arrivée d'un virus inconnu aux frontières. Dix jours avant un confinement généralisé, le Président de la République réel assistait au duel facétieux entre un président imaginaire et un célèbre psychiatre tout autant imaginaire, chargé d'éliminer un symptôme encombrant pour l'exercice du pouvoir dans la pièce « Par le bout du nez » jouée au théâtre Antoine.

Bien que tentante, l'interprétation selon laquelle le choix de cette pièce reposerait sur la reconnaissance (enfin !) par le plus haut niveau de

l'Etat de la valeur particulière de la psychiatrie n'est pas vérifiée.

Le bilan de cette fin d'année désastreuse pour une grosse partie de la population mondiale, fait la part belle aux nécessités de tenir compte des conséquences psychiques de la crise sanitaire. Même le journal Les Echos titre sur « l'ascenseur émotionnel » des entrepreneurs pour illustrer les intrications entre crise sanitaire et économique. Pressentie lors du premier confinement, l'augmentation des troubles dépressifs et anxieux a été confirmée depuis : il en est ainsi de l'enquête CoviPrev de Santé Publique France, ou l'analyse Epi-Phare qui objective un accroissement de la consommation des anxio-

lytiques, hypnotiques, et traitements de substitution des opiacés, comparée à 2019. La hausse des signalements de violences conjugales avec le confinement est une préoccupation, tout comme au niveau international, les projections sur les conséquences psychosociales de la crise économique pour les mois ou années à venir, qui pourraient se traduire en augmentation du nombre de suicides, notamment chez les jeunes.

L'avènement à partir d'une crise sanitaire de la reconnaissance de l'objet de la psychiatrie dans les préoccupations de la population mondiale va-t-elle se traduire par un regain d'attentions dans la politique sanitaire ? Rien n'est moins sûr.

Psychiatrie publique sans Covid – Crise Covid sans psychiatrie

Tout d'abord, depuis que les assemblées générales doivent se faire sans rassemblements, que le militantisme est prié de respecter les distanciations, est-il possible de s'affranchir dans un bilan d'actions syndicales de l'effet de saturation que provoque un virus particulièrement virulent ?

Sans Covid, le calendrier de la psychiatrie publique incluait la poursuite des travaux et présentations de la réforme de son financement prévue pour commencer en 2021. Avant cela, la première circulaire budgétaire de financement des établissements de santé a intégré les principes de « rattrapage » de dotations entre les régions en intégrant les critères de modulation déterminés préalablement dans les groupes de travail (taux de mineurs, de pauvreté, d'isolement social, offre médico-sociale, densité médicale). Publiée le 20 avril, elle contient l'annonce par Olivier Veran qu'un « *signal politique fort aux établissements de psychiatrie et de SSR* » y est donné. De fait, 110 millions d'euros de crédits

sont une progression comparés aux 80 millions accordés en 2019 mais il faudrait encore oublier l'amputation de mise en réserve dite prudentielle et dont le montant est également majoré (89 millions de réserves contre 53 millions en 2019). Le déconfinement n'est pas encore à l'ordre du jour mais aucune référence à la Covid 19 n'y est faite : ce n'est pas dans cette circulaire qu'il faut chercher l'application du « quoi qu'il en coûte » du discours présidentiel un mois plus tôt, car « la santé n'a pas de prix ».

On sait depuis le PLFSS 2021 en cours d'adoption que les 20 millions d'euros supplémentaires figurant dans la circulaire et prévus pour la mise en œuvre de la réforme du financement attendront, puisque le report proposé par le gouvernement de la réforme du mode de financement de la psychiatrie a été adopté et qu'elle est retardée jusqu'à 2022.

Attendue pour corriger les défauts de la DAF et les sous-financements de la psychiatrie publique face à la demande, la réforme du

mode de financement de la psychiatrie en est au stade de projet de décret et à un tour de présentation par les ARS aux établissements, malgré les frictions apparues en groupes de travail. Le SPH dénonce notamment la dotation à l'activité venue insidieusement occuper l'un des compartiments de financement, ainsi que le financement « à la qualité » établi selon des indicateurs HAS déconnectés de la réalité des territoires, le projet de dégressivité des tarifs selon la durée des prises en charge propre à achever la psychiatrie publique et digne d'un déni de la maladie mentale. Un mode de financement qui serait la créature chimérique née de la rencontre entre la « convergence public-privé » chère aux aspirations libérales de maîtrise des dépenses publiques et de la vision d'une psychiatrie idéalisée qui pourrait se contenter d'empowerment et d'innovations numérique-neuroscientifiques. Avec une mise en œuvre prévue depuis le PFLSS d'après Covid, pour être « pleine et entière » en 2022, sans période transitoire.

Le 27 mars 2020, le Conseil d'Etat a rejeté tous les recours dont celui du SPH, contre le décret du 6 mai 2019 dit « deuxième décret Hopsyweb » qui permet de croiser le fichier de toutes les personnes hospitalisées sans consentement, toutes mesures d'hospitalisations confondues et jusqu'à 3 ans après la fin de la mesure. Le SPH a donc perdu son deuxième recours, entretemps rejoint dans la protestation par des associations d'usagers et la ligue des droits de l'homme sensible aux amalgames entre personnes hospitalisées en psychiatrie et terrorisme. La décision n'a pas eu d'écho. En aurait-elle eu plus si la décision du Conseil d'Etat n'était pas survenue quatre jours après la promulgation de la loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 qui autorise des privations de libertés pour raison sanitaire ? Peu de chances que la situation actuelle se prête plus favorablement à attirer l'attention sur le fichage des patients considérant les contenus de la loi dite de « sécurité globale » dont le projet déposé en janvier a été réactivé en procédure accélérée quelques jours après des actes terroristes.

Lorsque les parlementaires s'émeuvent des risques pour les droits des patients en psychiatrie, c'est plutôt pour en reprocher l'origine aux psychiatres dont il faudrait réduire le goût trop prononcé à user de la chambre d'isolement. Plus personne ne semble se souvenir que l'augmentation du nombre de chambres sécurisées, UHSA, UMD est le résultat de mesures financières pour la « sécurisation » des établissements psychiatriques qui avaient accompagné la réforme des soins sans consentement lancée par un ancien ministre de l'Intérieur devenu président de la République. Budgets que les professionnels n'avaient pas demandés. Si le SPH conçoit parfaitement que la Constitution exige un contrôle judiciaire des mesures d'isolement, exigée par la décision du Conseil Constitutionnel du 19 juin, il faut bien déplorer le gouffre d'incompréhension entre les pouvoirs décisionnaires et le monde de la psychiatrie : les débats parlementaires portant sur l'article 42 du projet de LFSS 2021 à propos de la contention et de l'isolement sont nourris des mêmes clichés que lors des précédents débats sur les lois de 2011 et 2013 sur les soins sans consentement, qui associent la psychiatrie à une discipline misérable et vaguement médicale, faible devant ses propres abus de pouvoirs.

Sans considérations pour la part d'assistance à personnes en danger que doit assumer la psychiatrie quotidiennement, ou les effets de décisions préfectorales qui lui sont imposées en même temps qu'aux patients.

Par paresse gouvernementale et parlementaire, plutôt qu'un plan de réduction des pratiques d'isolement englobant formations et personnels supplémentaires, c'est un renforcement des contraintes sur les personnels qui sortira du PFLSS, véhicule législatif choisi pour passer la modification du CSP demandée par le Conseil Constitutionnel. Et pour comble, avec une sous-estimation de moyens (15 millions d'euros) qui bien que glissée dans une loi de financement, ne peut être réajustée comme certains sénateurs l'ont envisagé puisque l'article 40 de la loi empêche d'adjoindre des amendements augmentant les charges financières pour l'Etat.

Des psychiatres aussi irresponsables que leurs patients quand ils sont experts, c'est aussi ce que les parlementaires ont en tête en relançant les débats sur la réforme de responsabilité des malades mentaux à partir de plusieurs projets de loi pour la réformer. Irresponsabilité étendue aux juges peut-être pour le président Macron qui s'est fait rappeler à l'ordre par les syndicats de magistrats pour avoir commenté lors de son voyage en Israël la décision de la cour d'appel dans l'affaire Halimi. Mauvais temps pour les personnes atteintes de troubles mentaux et qui commettent des délits. L'ex-ministre de la Justice Nicole Belloubet a lancé en juin une mission sur la question dont les conclusions sont attendues pour début 2021. Le SPH a, à l'occasion de son audition par la mission, repris contact avec l'Union Syndicale des Magistrats, partageant les réflexions sur le principe historique, éthique et de Droit de « on ne juge pas les fous », même (et surtout) sous la pression. Cependant si la Covid 19 voulait bien laisser un peu de place de réflexions aux questions fondamentales, les psychiatres de service public ne peuvent se détourner de l'évolution du Droit (dont témoigne la précédente réforme de 2008 sur l'irresponsabilité pénale), de la place croissante des associations de victimes dans ces orientations, des effets sur la responsabilité professionnelle et les conditions d'exercice des psychiatres (de l'expertise à la « simple » pratique quotidienne) : le SPH devra aussi reprendre ses travaux sur ces questions capitales et complexes pour ne pas laisser la main aux penchants pour l'excès.

Avant ce Ségur de la santé lancé par le président Macron devenu coutumier des grands débats, aux soignants applaudis par la population reconnaissante, la base de négociations était « Ma santé 2022 » dont on rappelle que sa présentation en 2018 visait à « *montrer par la preuve cette porosité que nous devons organiser entre le système hospitalier et le système libéral* », où la modernisation du statut de praticien hospitalier devait le faire passer plus facilement de l'hôpital à l'exercice de ville et où le président de CME et les cadres de santé de proximité pouvaient faire de bon « managers ». Peu après, et il y a un an seulement, les soignants (et des usagers) sont descendus en masse dans la rue, pour obliger le gouvernement à revoir sa copie. Un plan d'urgence proposé par Edouard Philippe et Agnès Buzyn qui concédait des primes et des rachats partiels de dettes hospitalières, contre l'avis du ministre du budget, n'a pas suffi à calmer la colère et les attentes pour des conditions de travail et d'attractivité professionnelle dignes. D'autres manifestations ont suivi sans que les soignants puissent imaginer à quel point les raisons de dénoncer le démantèlement de l'hôpital public se vérifieraient douloureusement quelques semaines plus tard.

En début d'année 2020, quelques négociations peu prometteuses sur l'évolution statutaire et la gouvernance démarraient. Il faut noter que la psychiatrie a paru peu visible perdue dans la mobilisation générale de l'hôpital public, même si le SPH a bien été associé à toutes les rencontres au sein des intersyndicales CPH et APH jusqu'au plan Ségur. Comme si le qualificatif de « parent pauvre de la médecine » maintenant utilisé par la plupart des médias lorsqu'il est question de psychiatrie, lui collait assez bien pour ne pas en analyser les causes et mieux s'habituer aux conséquences.

Les accords dits de Ségur ont été signés en juillet. Pas par Actions Praticiens Hôpital. Les dépenses supplémentaires qui figurent dans le PFLSS 2021 doivent prendre en charge les revalorisations salariales, les primes, les promesses de postes supplémentaires dont semblent satisfaits les signataires. Après des années d'alertes et de longs mois de fortes mobilisations sans succès, la Covid 19 aurait-elle permis d'obtenir en quelques semaines de rencontres souvent en visioconférence, souvent brouillonnes, les conditions tant attendues pour

renforcer l'attractivité pour l'hôpital public ? Apparemment non, vu le nombre d'organisations qui se sont senties exclues ou flouées. Pour APH, non signataire, il a fallu un recours au Conseil d'Etat pour intégrer les comités de suivi comme intersyndicale représentative des praticiens hospitaliers. Pour Jeunes Médecins, c'est l'invitation aux réunions qui avait nécessité un recours contentieux. Ambiance,

Sur le contenu des accords, les premières crispations se font sentir, fleurant l'embrouille : ainsi en est-il du décret relatif à la nouvelle grille d'échelons statutaires des PH, assez alambiqué pour ne pas reprendre l'ancienneté des praticiens reclassés ; décret contre lequel APH établit déjà

un recours. Les négociations se poursuivent sur le statut de PH mais les signes sur ce qui inspire les réformes liées ou non à la crise de la Covid 19 ne trompent pas : la députée Rist, co-rapporteuse du projet de loi « Ma santé 2022 » en 2019, est en cette fin d'année 2020 rapporteuse du projet de loi « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » sur lequel le gouvernement a engagé la procédure accélérée ; on y trouve management, autorité des directeurs, GHT et mobilité des PH renforcés. Et comme avant-goût, le gouvernement a passé par amendement dans la loi de prorogation de l'état d'urgence sanitaire la possibilité de légiférer par ordonnance pour

déroger aux règles de gouvernance telles que la tenue des instances. APH a communiqué publiquement son opposition, comme un écho différé au communiqué SPH « Plan blanc n'est pas blanc seing » du printemps, réactionnel aux penchants autoritaires de certains directeurs d'établissements de santé mentale en pleine crise Covid 19, possiblement présidents d'association.

Quid d'une gestion de la crise Covid 19 en psychiatrie ?

L'analyse officielle des effets de la crise Covid sur les secteurs de psychiatrie semble résider en cette fin d'année, dans le rapport de 45 pages du délégué ministériel santé mentale et psychiatrie, le professeur Bellivier, publié en octobre en collaboration avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux : *Retour d'expériences de la crise Covid 19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie*.

Sa conclusion est particulièrement optimiste puisqu'elle affirme que « *Son impact pourrait avoir des conséquences positives in fine* ».

Alors certes, il faut se réjouir que les services de psychiatrie n'aient pas connu le sort des EHPAD avec des patients porteurs de comorbidités, dépourvus comme les soignants de matériels de protection, et dans des locaux incompatibles avec les mesures de distanciation et une gestion des flux cas suspects – cas positifs surtout théorique. Mais pour les psychiatres de secteurs qui se souviennent peut-être encore d'avoir oscillé entre différents états d'esprit, dont n'étaient pas exclues l'incrédulité et la peur, d'avoir hésité sur ce que l'éthique face à la prudence sanitaire recommandait, d'avoir craint pour des patients et leurs familles les effets du confinement, ou craint de favoriser un bouillon de culture infectieux par de mauvaises décisions dans les services, d'avoir commencé à compter les « perdus de vue », anticipé sur les risques que certains patients ne franchissent pas la barrière du « tri » pour accéder aux services de soins somatiques et/ou de réanimation, le bilan a de quoi surprendre.

D'autant plus que cet optimisme s'appuie sur un argument dont on cherche encore en quoi il a pu profiter aux patients : la crise Covid a selon le rapport permis « *un double virage ambulatoire et numérique* ».

Pour ce qui est du virage ambulatoire, la sortie précipitée de patients pour ne pas les enfermer pendant un temps indéterminé dans des lieux favorables à la contamination par promiscuité, et avec un support ambulatoire réduit du fait de la fermeture de nombreux lieux de soins chargés de favoriser la socialisation, ou de la réduction d'accueil des CMP concentrés sur les urgences ou le suivi de traitements, est un virage périlleux. Quant au virage numérique, l'inflation d'usage de tout logiciel propre à remplacer par de la visioconférence les réunions présentes, sans garantie pour le respect du secret professionnel, n'a sûrement pas accru la qualité des soins ; les inventions pour maintenir des liens avec les patients qui utilisent la voie numérique auront dû faire avec les sous-équipements habituels des secteurs et avec la réalité de la fracture numérique touchant patients et nombre de territoires inégalement pourvus.

La méthodologie utilisée pour ce rapport explique en partie la pauvreté de son bilan, résultat d'une « *enquête flash* » à partir d'un questionnaire soumis aux fédérations et associations de directeurs, et des « *visites virtuelles* » réduites à 6 établissements. L'autre explication réside dans les missions du délégué ministériel qui avait entamé avant la crise Covid son tour des ARS équipé de la « *feuille de route santé mentale et psychiatrie* » dont il doit assurer l'application.

Trop satisfait probablement d'avoir pu trouver dans le bazar général provoqué par la crise Covid, absorbé essentiellement par les secteurs (jamais cités dans le rapport) pendant et après le déconfinement, quelques points compatibles avec sa boîte à outils magique : d'où l'intérêt de souligner les « *initiatives répondant aux objectifs de la feuille de route santé mentale* » quand bien même elles n'auraient qu'un effet mineur sur les soins.

Grâce aux plateformes « *team* » et « *zoom video* », dont on apprend au demeurant que l'action en bourses a plongé avec la première annonce d'un vaccin Pfizer, voilà l'action 7 de la feuille de route « *Promouvoir la santé mentale 3.0* » boostée. Pour les patients, il resterait à déterminer sérieusement quelle proportion a bénéficié de véritables consultations de télé-médecine (action 10), plus naturellement développée dans le secteur libéral. Quelques références aux PTSM (et une citation inespérée des CPT) permettent aussi de nourrir l'action 8 du suivi de leur déploiement. La mention dans ce retour d'expériences du « *renforcement des habiletés des patients* » peut étonner, mais des patients livrés à eux-mêmes qui auront quand-même réussi à ne pas souffrir de décompensation psychiatrique et d'infection, peuvent figurer dans l'action 1 « *Renforcer les compétences psychosociales* ». La résistance des patients, un bénéfice des crises sanitaires ?

C'est aussi à la « *feuille de route santé mentale et psychiatrie* » et à son délégué que Olivier Véran renvoie la Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Libertés qui l'interpelle

le 27 mars en relayant les craintes des établissements et services psychiatriques. Interrogé sur le retard de transmission des consignes nationales, la faiblesse des moyens matériels fournis à la psychiatrie qui n'est pas prioritaire et souffre d'un défaut de prévention malgré les facteurs de risque somatiques des patients, sur le risque d'afflux de patients et de troubles psychiatriques dus au confinement, sur les risques de restriction des droits et de limitation d'accès limités aux soins intensifs pour les patients suivis en psychiatrie, le ministre rassure : « *le secteur de santé mentale n'est pas oublié* ».

Façon de rassurer qui a de quoi inquiéter tant se confirme que les secteurs ont bien dû se débrouiller tous seuls puisqu'ils n'étaient pas au cœur des préoccupations centrales : une mystérieuse cellule de crise Covid 19 santé mentale s'étant « *réunie de manière informelle* », une fiche ministérielle a fini par être produite pour des « *consignes et recommandations* » le 22 mars ; il valide également que la priorité était loin d'être la psychiatrie puisque les instructions données aux ARS ont « *logiquement concerné prioritairement les filières d'infectiologie, de soins critiques, les plateformes biologiques et les services logistiques* » ; quant aux ressources en masques, il réfute l'accès inégal tout en confirmant leur rareté en conseillant aux établissements psychiatriques de se tourner vers leurs GHT, manière de proposer les « *bricolages* » locaux faute de mieux.

Que nous apprennent ces fiches ministérielles sur la gestion de crise Covid en psychiatrie ?

Et après, dans le monde de maintenant ?

En dépit des bouleversements produits par la Covid 19, les orientations prises par la politique de santé mentale n'ont pas varié. Le positivisme affiché par le délégué Bellivier dans son rapport de retours d'expériences fait même entrevoir un renforcement des tendances « *modernes* » : en concluant sur un bilan finalement positif de la crise, il souligne l'intérêt d'initiatives conformes à la feuille de route santé mentale qui « *auraient vocation à être intensifiées* », rêvant de « *nouvelles perspectives de transformation des offres en santé mentale* ». Parmi les initiatives, l'usage du numérique lui paraissant « *certainement l'un des enseignements les plus manifestes que l'on peut tirer de l'adaptation des organisations face à la crise* ». L'exploitation de toutes natures des

Transmises de manière progressive et au nombre de quatre pendant la première vague, la dernière se contente pour cette deuxième vague de reprendre les principes des précédentes.

La première datée du 22 mars entérine la fragilité des patients en psychiatrie du fait de leurs comorbidités fréquentes sur le plan somatique et de leurs risques de ne pas appliquer les gestes barrières. Au point d'inciter à créer une cellule d'éthique dans les établissements, faisant écho aux inquiétudes qui commencent à poindre sur les risques de tri dans les services de réanimation des patients âgés et des personnes « *handicapées* ».

Les manques de matériels y sont également reconnus mais pas pour assurer d'une prochaine solution : c'est à une « *rationalisation de l'utilisation* » des masques et des tests qu'il est fait appel, et à un engagement à la « *gestion de la pénurie de matériel* ».

Les droits des patients ne sont pas au cœur des préoccupations des directives ministérielles avant la directive « *liberté d'aller et venir* » du 2 juin : la fiche de recommandation du 22 mars édicte pour les patients en psychiatrie que « *les sorties de courtes durées ne sont plus autorisées* » alors qu'en population générale les Français sont autorisés à des sorties de confinement pendant une heure, Cette aggravation des restrictions des droits pour les patients hospitalisés en psychiatrie comparée à la population générale est encore présente en phase de déconfinement, puisque même la fiche du 2 juin sur la liberté d'aller et

venir incite à ce que les sorties des patients à l'extérieur de l'établissement soient soumises à l'accompagnement d'un soignant.

Ces directives ministérielles qui ont tardé à être produites pour orienter les activités de psychiatrie ne se privent pas de fixer des missions supplémentaires aux secteurs : les établissements de psychiatrie sont invités à « *se mobiliser en soutien des établissements MCO* », en les soulageant des flux de patients de psychiatrie en évitant leurs passages aux urgences ou les transferts systématiques vers le MCO ; aux missions habituelles de soins aux patients, les différentes fiches ajoutent des incitations à répondre aux nouveaux besoins nés du confinement et aux besoins de répit des familles en pédopsychiatrie, ainsi qu'à soutenir des équipes de structures médicosociales et sociales et à offrir des prises en charges aux professionnels de santé.

Les secteurs qui en avaient encore les moyens, malgré l'absentéisme et les défauts d'équipements adéquats, n'avaient pas attendu pour accroître leur participation à l'effort collectif soignant, la plateforme d'écoute étant le mode de soutien le plus souvent proposé, les créations spontanées d'unités dédiées Covid en psychiatrie étant aussi une manière de ne pas aggraver la surcharge des services de soins somatiques. Peut-être que l'idée sous-jacente à ces préconisations ministérielles d'activités supplémentaires est que la psychiatrie était trop tranquille à l'arrière pendant que les autres soignants étaient au front ?

big data en santé y gagne déjà ; les motifs qui ont enjoint des associations à déposer des recours auprès du Conseil d'Etat contre le Health Data Hub partenaire de l'entreprise Microsoft en seront peut-être aussi renforcés.

En attendant, le 2^e Fond d'Innovation Organisationnelle encourage ces mystérieuses initiatives à remonter, assez innovantes pour ne pas être les simples capacités d'adaptation des secteurs contre les catastrophes. A défaut de fonds, le secteur pourra toujours se rabattre sur ses capacités de résilience, fortement encouragées lors des discours d'hommages au système de santé en phase de déconfinement.

Ou au contraire continuer à militer pour avoir les moyens d'offrir des soins diversifiés.

Ce que fait le SPH, sans s'interdire de continuer à interroger les concepts dominants aussi attractifs soient-ils. Pour exemple, la promotion de l'empowerment dont sont adeptes les pouvoirs publics ne doit pas exclure une réflexion critique axée sur la responsabilisation individuelle qui, mondialement, dans les sociétés néolibérales, croît au détriment du soutien collectif. Une illustration en est le phénomène du Jiko Sekinin au Japon qui détourne le gouvernement et la société de la protection de ses citoyens : la promotion de cette « *propre responsabilité* » ne s'explique plus par les valeurs historiques de mérite de la culture japonaise, mais par un effet de la crise des années 90 qui a conduit le conseil de stratégie économique à

s'appuyer sur le Jiko Sekinin pour fonder une société compétitive. Avec ses conséquences négatives en santé mentale. Le SPH défend une psychiatrie capable de (ré) concilier les différents courants. Une psychiatrie de la diversité. Intégrative pourront dire certains.

Avec la crise, les faits montrent que les principes de domination de HPST ne demandent qu'à s'exprimer, en contradiction avec la valorisation de la facilitation du dialogue et de la plus grande place à la logique des soins face au « management » exprimée au plus fort de l'action. Principes d'autorité en phase avec la vision de l'hôpital-entreprise qui ne demandent qu'à se manifester, comme l'ont fait au printemps un groupe de signataires de tribunes, issus du monde libéral dont l'Institut Montaigne partenaire de FondaMental, dans la presse généraliste : ils y appellent à sortir du clivage

privé-public, réduire les statuts qui « confortent les médiocres », contre « les déficiences dans la peine » du service public. Pourtant, celui qui tire sur la dernière ambulance qui ne sélectionne pas ses occupants, le service public, devrait se méfier de ne pas être contraint de monter dedans à la prochaine crise.

De quoi justifier, s'il était encore nécessaire de le faire, l'intérêt du collectif face à l'isolement et des engagements syndicaux où le SPH prend sa part : soutien des praticiens, actions juridiques, participations aux instances nationales, travail en commun avec d'autres disciplines au sein de son intersyndicale CPH et APH....

Tout comme les besoins en soins psychiatriques sont destinés à croître, le SPH a aussi un rôle à jouer face à la tourmente de pensées que la crise sanitaire suscite. Par nécessité de garder de la cohérence dans le flot d'opinions, de

contradictions, de désinformations plus ou moins commanditées qui ajoute au sentiment de perte de sens au sein de la crise, et que l'anthropologue Denis Duclos associe à l'image de ces bancs de poissons que l'on voit suivre une voie apparemment individuelle, et faire volte face simultanément. Jusqu'au prochain changement aussi brutal que mystérieux.

On peut prédire que SPH, SIP, et Information Psychiatrique auront fort à faire. Et déjà, un rendez-vous à prendre pour de vraies retrouvailles à La Baule en octobre 2021 : repoussé d'un an, le thème « Médecine du corps, médecine de l'esprit » trouvera avec l'expérience de la crise Covid 19, de quoi prouver que ce thème de congrès était bien vu. Vivement !

Adopté, 6 abstentions

COMPTE-RENDU DU TRÉSORIER

Pierre-François Godet

Exercice 2019

VOTE 1 : QUITUS AU TRÉSORIER

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, réuni en Assemblée Générale 2020 sous forme dématérialisée, en raison de la crise sanitaire liée à la COVID, au vu de la présentation des comptes, donne quitus au Trésorier pour la gestion 2019.

Adopté, 2 abstentions

VOTE 2 : AFFECTATION DU RÉSULTAT 2018

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, réuni en Assemblée Générale 2020 sous forme dématérialisée, en raison de la crise sanitaire liée à la COVID, décide d'affecter le résultat de l'exercice au compte de report à nouveau.

Adopté, 4 abstentions

VOTE 3 : DÉSIGNATION D'UN COMMISSAIRE AUX COMPTES

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, réuni en Assemblée Générale 2020 sous forme dématérialisée, en raison de la crise sanitaire liée à la COVID, décide de désigner Mr Pascal MANU du Cabinet MB associés, sis 55 Rue Bellecombe 69006 LYON, comme commissaire aux comptes de l'exercice 2019. La prolongation éventuelle pour l'exercice comptable 2020 et/ou les exercices suivants sera soumise à la délibération des instances nationales renouvelées à l'issue des élections en cours et du renouvellement du bureau à l'issue du conseil national de mars 2021.

Adopté, 8 abstentions

MOTIONS SYNDICALES SPH ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2020

Votées le 30 novembre 2020

Le SPH tient à dénoncer le mépris affiché par les pouvoirs exécutif et parlementaire pour les corps intermédiaires notamment syndicaux, mépris que la Crise Covid 19 n'a fait que rendre plus évident.

Le SPH continuera cependant à travailler sur tous les sujets touchant la discipline de manière raisonnée et avec méthode puisque les gouvernements passent mais la psychiatrie reste.

AVENIR DU STATUT DE PH

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid met à nouveau en lumière le rôle fondamental de l'hôpital public mais aussi ses difficultés et les situations de souffrance qui peuvent en résulter. Il est donc indispensable de permettre aux médecins et aux soignants de s'engager et de poursuivre leur engagement dans le service public dans des conditions enfin réévaluées autrement qu'en fonction de critères essentiellement économiques.

Le SPH réaffirme ses revendications toujours aussi essentielles d'année en année.

- ▶ Le SPH rappelle l'urgence de l'inscription de la psychiatrie sur la liste des spécialités déficitaires au plan national.
- ▶ Le SPH demande :
 - » Un statut unique de praticien hospitalier titulaire, temps plein ou temps partiel, hospitalier ou hospitalo-universitaire, avec nomination nationale des PH après concours et inscription sur une liste d'aptitude, création de valences (2 demi-journées de droit pour les PH temps plein) et possibilité d'exercice mixte public ou privé, pour ceux qui le souhaitent et dans les limites statutaires.
 - » Un strict respect du droit statutaire à l'exercice des activités d'intérêt général, trop souvent contesté localement.
 - » Un strict respect du droit syndical, la création des temps médicaux syndicaux nécessaires pour assurer notre représentation dans les instances nationales et régionales.
 - » Que l'horarisation du temps de travail devienne la règle sur la base des 39 heures réglementaires, et le décompte en demi-

journées l'exception. Même dans ce cas, le décompte en demi-journées ne peut s'exonérer d'un décompte global du temps de travail en heures, sans pour autant nécessiter des horaires fixes qui pourraient être préjudiciables à la souplesse d'organisation nécessaire à l'exercice de certaines spécialités.

- » Une juste valorisation du travail de nuit (5 demi-journées par 24 heures) avec reconnaissance de sa pénibilité (dés la première garde, via les modalités de retraite), ainsi qu'une revalorisation du TTA et des indemnités liées à la permanence des soins.
- » Le principe d'une protection sociale complémentaire financée par l'établissement, garantissant une compensation des revenus (salaires, permanence des soins, primes).
- » Une visite médicale annuelle obligatoire pour tous les PH.
- » L'introduction au sein des établissements publics de santé et des GHT d'une représentation syndicale des personnels médicaux hospitaliers dans les instances de dialogue social existantes ou rénovées (fusion CTE / CHSCT).
- » La possibilité de titularisation des praticiens en période probatoire en ESPIC.
- ◆ Le SPH affirme que les engagements du Ségur et de Ma Santé 2022 concernant les primes et la modification de la grille des émoluments des PH ne sont pas à la hauteur du « choc d'attractivité » attendu. Le SPH rappelle notamment qu'il militait pour une augmentation linéaire des salaires à raison de 500€ mensuels par échelon.

Le SPH exige que les négociations se poursuivent dans le cadre d'un suivi réellement ouvert aux échanges et aux propositions des corps intermédiaires. Le SPH exige enfin que des mesures soient prises pour pallier la rupture d'équité engendrée par la nouvelle grille des émoluments dans le décompte de l'ancienneté des praticiens hospitaliers.

Du fait de leurs particularités et leurs fragilités les Outre-Mer sont en grande difficulté et nécessitent une attention particulière.

▶ **Concernant les Outre-Mer, le SPH demande :**

- » Des négociations spécifiques dédiées à la prise en compte de la situation des Outre-Mer :
 - Harmonisation de l'indemnité spéciale Outre-Mer à 40 % pour l'ensemble des PH et contractuels, sur l'ensemble des rémunérations et dans tous les DOM/COM.
 - Garantie d'une formation continue régulière en Métropole : crédits formation abondés au niveau de 2,5 % de la masse salariale médicale, 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 congés de formation + délais de route A/R.
 - Inscription des postes de PH dans les établissements ultra-marins sur la liste des postes éligibles à la Prime d'Engagement de Carrière Hospitalière (PECH) au titre des spécialités déficitaires.
- » Le statut de PH n'est pas assimilable à celui des fonctionnaires : respect du statut et donc pas de réduction des droits à RTT ou des indemnités durant les congés bonifiés.

Motion adoptée, 2 contre, 8 abstentions

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Motion 1

Le SPH réclame un engagement fort du Ministère de la Santé : la pédopsychiatrie publique doit pouvoir assurer toutes ses missions de soins, de recherche et d'enseignement pour garantir l'accès à tous.

La pédopsychiatrie publique est une spécialité essentielle qui intervient dans toutes les difficultés de développement. Elle est le lieu de soins et de recours des familles les plus vulnérables, quelle que soit la forme que prennent les troubles psychiques.

Motion adoptée, 1 contre, 4 abstentions

Motion 2

La politique de santé mentale pour les bébés, enfants, adolescents doit être complète : elle doit intégrer toutes les catégories de troubles, pour les populations les plus fragiles. La pédopsychiatrie publique a les compétences pour coordonner et organiser des parcours de soins différenciés pour toutes les pathologies dont les TND.

Le SPH demande que la pédopsychiatrie publique ait les moyens pour mener à bien cette mission plutôt que de voir se disperser ces moyens dans une juxtaposition de filières cloisonnées.

Motion adoptée, 1 contre, 3 abstentions

Motion 3

Le SPH souligne une fois encore la nécessité de mesures urgentes favorisant l'attractivité professionnelle de la pédopsychiatrie. La démographie des pédopsychiatres est dangereusement basse nécessitant :

- ▶ Une augmentation du nombre de Professeurs de pédopsychiatrie.
- ▶ Une réflexion sur la maquette de formation.
- ▶ Une augmentation des capacités de recherche en partenariat avec la santé publique notamment.

Motion adoptée, 1 contre, 4 abstentions

Motion 4

Le SPH souligne les problèmes que pose la nouvelle maquette du DES de pédopsychiatrie.

- ▶ Une nécessité d'engagement précoce dans la filière alors qu'il n'y a qu'un seul stage de pédopsychiatrie obligatoire dans la maquette du DES de Psychiatrie générale.
- ▶ Une année d'études supplémentaire sans valorisation particulière du diplôme.
- ▶ Sélectivité du choix des internes dans chacune des phases de l'internat rigidifiant la répartition des postes et leur choix dans certaines régions.

Motion adoptée, 1 contre, 12 abstentions

Motion 5

Les professionnels non médicaux, qui sont nécessaires aux prises en charge complexes multidisciplinaires et indispensables aux populations soignées doivent voir leurs carrières valorisées et/ou revalorisées.

Motion adoptée, 2 contre, 10 abstentions

Motion 6 : Effets de la réforme du mode de financement de la psychiatrie sur la pédopsychiatrie

Le SPH déplore que la réforme de la tarification se soit faite sans réelle concertation. Cette réforme met en péril le dispositif de soins en pédopsychiatrie publique.

Le SPH demande l'ouverture de négociations. Les simulations régionales des effets de la réforme de la tarification en psychiatrie montrent dans certaines régions une baisse de la dotation des établissements publics. Cette baisse est principalement liée à la part de tarification à l'activité. Les effets de ce mode de financement risquent de compromettre la continuité des soins en psychiatrie infanto-juvénile car elle ne prend pas en compte les spécificités de cette pratique.

Par exemple :

- ▶ Prix de journée des hôpitaux de jour ne prenant en compte ni la spécificité de la population accueillie ni le niveau d'organisation des soins.
- ▶ Dégressivité de la prise en charge des hospitalisations temps plein prolongées pour les patients les plus graves par défaut de place en aval médico-social ou par défaut des partenaires des services de protection de l'enfance.
- ▶ Valorisation des actes ambulatoires marquée par des effets de seuil et non prise en compte des actions dans la communauté.

La pédopsychiatrie doit bénéficier d'une représentation spécifique dans le groupe de travail de la DGOS sur la réforme du financement.

Motion adoptée, 13 abstentions

MOTIONS FINANCEMENT ET ORGANISATION

Motion sur le projet de réforme du financement de la psychiatrie

1. Le SPH rappelle l'engagement des pouvoirs publics, lors du démarrage de la préparation de la réforme du financement de la psychiatrie, de mettre en place un ONDAMP, Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie pour la Psychiatrie, qui garantisse contre le sous-financement qui sévit depuis plus de cinq ans en psychiatrie et permette de suivre le rattrapage promis par le terme de priorité.
2. Le SPH rappelle l'engagement des pouvoirs publics, lors du démarrage de la préparation de la réforme du financement de la psychiatrie, de mettre en place un mode de traçage des ressources affectées à la psychiatrie, qui garantisse l'affectation à la psychiatrie des sommes allouées à celle-ci.
3. Le SPH rappelle l'engagement des pouvoirs publics, lors du démarrage de la préparation de la réforme du financement de la psychiatrie, de brider le développement des cliniques privées à but lucratif qui ces dernières années se sont multipliées avec l'aval des ARS en lieu et place du développement nécessaire de la psychiatrie publique et des secteurs psychiatriques.
4. La capacité d'auto-financement des établissements publics doit être reconstituée afin de leur permettre d'engager les investissements qui s'imposent, et le SPH demande aux pouvoirs publics d'en finir avec le palliatif qui consiste pour les ARS à confier aux établissements privés à but lucratif une mission de service public de secteur psychiatrique.
5. Le SPH demande à nouveau que la question du financement de la psychiatrie soit intégrée dans une loi de santé mentale dont la nécessité est à nouveau soulignée dans la crise sanitaire actuelle.
6. Le SPH exige qu'une présentation complète de la réforme soit faite devant une instance pérenne qui regroupe les représentants de la profession, des patients et de leurs familles.

Motion adoptée, 1 abstention

Motion sur le projet de réforme de la budgetisation des établissements psychiatriques

1. En l'état actuel d'impréparation de la réforme, le SPH déplore que les choix envisagés avec le compartiment « Dotation à la File Active » se soient transformés en « Dotation à l'activité » et ne tiennent pas compte des enseignements de l'utilisation de la T2A en MCO. L'expérience montre que les trois systèmes de budgétisation (prix de journée, budget global et paiement à l'activité) ont chacun leurs zones cliniques de pertinence, et que seule la combinaison des trois limite les inconvénients de chacun d'eux. Des travaux méthodiques d'analyse médico-économique menés par une équipe de recherche stable tenant compte des vagues précédentes des travaux médico-économiques et comportant des simulations permettront d'anticiper les effets pervers de tout algorithme de financement.
Le SPH exige d'être associé de près à ces travaux. Il préconise une application prudente de cette réforme (avec un % de Dotation à la File Active qui n'excède pas 8 % de l'enveloppe budgétaire), et pour commencer dans le cadre de quelques expériences-pilote régionales.
2. Le SPH s'oppose à la mise en place d'un financement soi-disant « à la qualité » dans l'état actuel d'aporie des indicateurs proposés par la HAS.
3. Le SPH demande que pour le financement des activités dites spécifiques, celles-ci soient cadrées et définies clairement et non déterminées par la seule appartenance de notre délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie à quelque association ou structure que ce soit.
4. Les tâches d'organisation et de coopérations effectuées par les secteurs psychiatriques doivent être reconnues et valorisées : le modèle de financement doit intégrer un compartiment spécifique pour leurs tâches d'organisation des soins et de coopération entre leurs différentes composantes, à temps complet, à temps partiel et ambulatoire, et avec les professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux loco-régionaux, au moins équivalent à la façon dont l'article 51 de la LFSS depuis 2018 a prévu le financement des coordinations pour les libéraux.
5. Les simulations d'application de la réforme doivent se faire pour six types d'établissements, et non seulement quatre : les contrastes entre CH mono-appartenants et CH généraux doivent être reconnus et mesurés pour ne pas être dissimulés dans les simulations sur la catégorie globale « Centres hospitaliers ».
6. La composition du futur comité de concertation régional chargé de la régulation régionale des dotations doit comporter des professionnels de la psychiatrie compétents en matière d'évaluation de la satisfaction des besoins en soins psychiatriques de la population. Le comité doit tenir compte du PTSM et comporter un représentant de la CRSA. Le rythme de ses réunions doit être suffisant pour que ce comité ne soit pas une simple chambre d'enregistrement. Le SPH exige qu'une présentation complète de la réforme soit faite devant une instance pérenne qui regroupe les représentants de la profession, des patients et de leurs familles.

Motion adoptée, 3 contre, 4 abstentions

Motion sur le projet de réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie

1. Le SPH déplore que, sous couvert de réforme du financement de la psychiatrie, les pouvoirs publics cherchent à orienter la réorganisation de l'offre de soins dans le sens de la réduction de l'offre d'hospitalisation psychiatrique, alors que les besoins dans ce domaine en particulier pour les adolescents et le traitement des crises psychiatriques chez les TSA sont criants.
2. Il est irréaliste de vouloir piloter l'évolution du système de soins psychiatriques selon une simple quantification positive ou négative de telle ou telle forme de soin : la relance des travaux de planification, de régulation et d'organisation des soins s'impose.
3. La composition du futur comité de concertation régionale chargé de la régulation régionale des dotations doit comporter des professionnels de la psychiatrie compétents en matière d'évaluation de la satisfaction des besoins en soins psychiatriques de la population. Le comité doit tenir compte du PTSM et comporter un représentant de la CRSA. Le rythme de ses réunions doit être suffisant pour que ce comité ne soit pas une simple chambre d'enregistrement.
4. L'absence de catégorie tarifaire pour les adolescents et jeunes adultes condamne la psychiatrie de l'adolescent pourtant mise en place conjointement par des secteurs de psychiatrie adulte et de psychiatrie infanto-juvénile, par des ESPIC, des EBL (cliniques privées) et des services universitaires.
5. Le SPH s'oppose aux projets de dégressivité avec le temps de la valorisation économique des traitements : elle est contraire à la diversité des rythmes de traitements selon les problèmes cliniques de sévérité inégale, et à la prise en compte du temps qui est un ingrédient incontournable des traitements en psychiatrie. Le SPH demande à être associé aux analyses qui précludraient à la prise en compte des rythmes des traitements ambulatoires.
6. Le SPH exige qu'une présentation complète de la réforme soit faite devant une instance pérenne qui regroupe les représentants de la profession, des patients et de leurs familles.

Motion adoptée, 1 contre, 5 abstentions

PSYCHIATRIE LÉGALE ET CONTRAINTES

- ▶ Le SPH constate que, pour faire suite à la réforme de l'isolement et de la contention imposée par la décision du Conseil constitutionnel du 19 juin 2020 et imposant une réforme au 31 décembre au plus tard, l'exécutif et les parlementaires s'enferment dans un juridisme excessif. Ils refusent d'engager une réforme globale de la psychiatrie portant notamment sur les soins sans consentement en prenant en considération à égalité le principe constitutionnel de la protection de la santé et celui de la liberté d'aller et venir. La décision du Conseil constitutionnel était l'occasion pour mener une réflexion élargie, sans se cantonner d'ailleurs exclusivement à la contention en psychiatrie, mais en l'élargissant à d'autres domaines de la médecine.
- ▶ Les évolutions actuelles sont révélatrices d'un déni de la gravité de certaines formes rares de la maladie mentale, pouvant mettre en danger les patients et leur entourage (familial, social, professionnel, soignant, etc.). Les dispositions de l'article 42 du PLFSS 2021 issues des travaux parlementaires illustrent ce déni et seront inapplicables. Elles vont mettre grandement en difficulté les patients, les équipes soignantes et administratives (et probablement la Justice).
- ▶ Au-delà des déclarations d'intention des autorités, le SPH exige l'attribution de moyens pour permettre aux équipes de soins de mettre en œuvre des alternatives au recours à l'isolement et à la contention. Les budgets de la psychiatrie doivent être substantiellement augmentés pour permettre le recrutement de personnels qualifiés, leur formation et l'aménagement architectural des locaux.
- ▶ Le SPH a donc pris acte de la décision du Conseil constitutionnel imposant une modification législative afin de permettre un contrôle des durées des mesures d'isolement et de contention par le juge judiciaire. Le SPH dénonce avec force les modalités d'élaboration de ce texte législatif sans concertation avec les professionnels concernés. Il constate que le véhicule législatif choisi pour le vote de ce texte ainsi que son contenu ouvrent une période d'incertitude et d'instabilité juridiques quant à une nouvelle censure par le Conseil constitutionnel. La saisine du juge doit suivre la procédure applicable pour les mesures de soins sans consentement, conformément au parallélisme des formes, et ne pas relever directement du médecin.
- ▶ Le SPH renouvelle ses réserves majeures quant à ces différents bricolages législatifs et réclame la mise en œuvre d'une démarche de concertation avec les professionnels afin de parvenir à l'adoption d'une loi globale et cohérente sur la psychiatrie et qui tient compte de ses spécificités.

Motion adoptée, 5 abstentions

MOTION GOUVERNANCE TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE : CPT ET PTSM

Réunie en Assemblée Générale virtuelle, les lundi 23 et mardi 24 novembre, le SPH a pu constater, au cours de ses travaux, une très grande variabilité, sur le territoire national, du fonctionnement des outils de gouvernance pour la psychiatrie et la santé mentale, tant au niveau des Communautés Psychiatriques de Territoire, qu'au niveau des Projets Territoriaux de Santé Mentale.

Cette variabilité apparaît liée, et bien trop liée, aux engagements et aux modalités d'engagement des acteurs locaux, notamment des ARS, des directeurs des Hôpitaux Psychiatriques, et des partenaires institutionnels de la psychiatrie, notamment pour le champ de la santé mentale. Ces différences d'organisation, loin d'apparaître comme le fruit d'une décentralisation efficace, ou d'une adaptation régionale, font apparaître une dépendance du fonctionnement aux acteurs locaux, alors que le mode de désignation et de participation paraît aléatoire et insuffisamment défini pour un certain nombre de territoires. Ces choix locaux sont alors porteurs d'opacité, conduisent même pour certains PTSM à une exclusion de la psychiatrie de ces instances !

Nous observons que ces outils, à travers ces déclinaisons, autonomes, voire atomisés, ne permettent pas la mobilisation des acteurs, apparaissent - constat paradoxal ! - re-centralisant les décisions sur un petit nombre d'acteurs auto-désignés, ou sans processus de désignation lisible. Ces outils sont alors perçus par les acteurs de terrain comme des outils de contrainte, sur un mode vertical d'autorité, bien éloignés de la richesse d'échanges transversaux pourtant promus et encouragés.

Ainsi, et pour autant, les CPT et PTSM régulés avec le plus grand nombre d'acteurs, administrés avec transparence, comprenant une reconnaissance de l'ensemble des composantes de la santé mentale, constituent, pour les acteurs de terrains que sont les équipes soignantes de psychiatrie, mais aussi les partenaires médico-sociaux, sociaux et éducatifs des repères organisationnels, que nous pouvons alors défendre et soutenir. Ces équipes, fort de ce repérage d'outils fiables et investis, sollicitent alors, comme nous avons pu le partager, ces instances pour réguler, confronter et valider, le cas échéant, leurs projets à destination de la population.

Le SPH demande qu'un cadre commun soit reconnu et identifié pour l'ensemble des acteurs. Cet engagement est le gage d'un fonctionnement pertinent. Nous défendons des outils, dans lesquels la psychiatrie doit avant tout être légitimée. Forte de cette légitimité, la psychiatrie peut alors s'engager dans une confrontation et une interrogation sur ses pratiques, pouvoir les partager, afin que ces instances de concertation permettent un décroisement des champs d'organisation, d'action et d'interventions de tous les acteurs. Dans ces conditions, cette ouverture est alors un creuset d'intégration des pratiques de soins psychiques au sein d'un corpus plus général que seraient des pratiques de soins de Santé Mentale, portées, de manière différenciée, par chaque acteur de Santé Mentale au sein de ses propres dispositifs.

Sur ces bases, le SPH exige une généralisation des CPT sur le territoire, pilotes affirmés de la déclinaison des PTSM.

Ainsi, le SPH rappelle son attachement à la continuité et la proximité des parcours de soins, fondation de la politique de secteur. Il soutient une égalité d'accès aux soins sur tous les territoires et pour l'ensemble des citoyens.

Le SPH, premier syndicat de psychiatres publics, se veut force de propositions envers les pouvoirs publics pour redéfinir cadre et fondements à ces outils de gouvernance.

Le SPH demande des réponses rapides, faute de quoi nous assisterons à l'amplification des inégalités en psychiatrie et santé mentale sur le territoire national.

Motion adoptée, 1 contre, 5 abstentions

MOTION CRISE SANITAIRES ET PSYCHIATRIE

La crise Covid 19 montre que toute crise, de toute nature qu'elle soit, a des conséquences sur la santé mentale des populations, parfois différées et prolongées.

La crise Covid 19 confirme que les crises aggravent la vulnérabilité des enfants et des personnes souffrant de troubles psychiques, leur développement, leurs droits, leur accès aux soins, la gestion de leur sécurité.

En tirant les enseignements de la crise Covid 19, le SPH attend des pouvoirs publics qu'ils donnent une vraie place à la psychiatrie dans les politiques de prévention des risques et dans les politiques sanitaires. Pour cela :

- ▶ **Le SPH exige une loi cadre psychiatrie et santé mentale :** trop de superpositions législatives et réglementaires régissent la psychiatrie, aux effets contradictoires ; la somme et la variété des missions assurées par la psychiatrie publique pour tous les âges de la vie nécessitent plus qu'une simple feuille de route.
- ▶ **Le SPH exige une gouvernance médicalisée au niveau local et national pour le pilotage de la psychiatrie :** les réponses sanitaires aux crises viennent de la réactivité, de l'inventivité, de l'engagement, de la solidarité des soignants du secteur, partenaires des associations d'usagers, non des « managers ».
- ▶ **Le SPH exige que la psychiatrie publique dispose des moyens et des conditions d'attractivité professionnelle à la hauteur de ses missions de service public, principal recours en cas de crises.**

La crise Covid 19 a cruellement mis en lumière les problèmes d'exploitation de données épidémiologiques fiables pour orienter les politiques de santé publique, ouvrant la voie à la confusion, à la suspicion et aux manipulations.

- ▶ Le SPH alerte sur l'urgence de stimuler la recherche en santé mentale en attribuant les moyens logistiques, humains et financiers adéquats aux centres nationaux de recherche, pour des études indépendantes, notamment sur les conséquences épidémiologiques en psychiatrie de la crise Covid 19.

Motion adoptée à l'unanimité

ATELIERS

DEVENIR DU STATUT DE PH

*Marion Azoulay
Marc Betremieux*

*Monique D'amore
Michel Eynaud*

*Alexis Lepetit
Georges Onde*

FOCUS SÉCUR

« Revaloriser les professionnels de santé et renforcer l'attractivité de l'hôpital »

« Accompagner les débuts de carrière des soignants »

PILIER 1

« Refonder le service public hospitalier: revaloriser les rémunérations et les carrières »

Engagements Ségur

Primes

- ▶ Versement IESPE et IASL en période probatoire
- ▶ Revalorisation IESPE
- 1^{er} palier de 493€ à 700€ bruts mensuels au 1^{er} septembre 2020 (publication JO du 22/09)
- ↻ considérée comme engagement réalisé à date ??
- ↻ versée sur paie d'octobre + effet rétroactif ??
- 2^{ème} palier à 1010€ bruts mensuels au 1^{er} décembre 2020 (Vs. 1^{er} mars 2021), arrêté du 27/10

Modification grille des émoluments des PH

- ▶ Suppression des 3 premiers échelons pour PH nommés après entrée en vigueur
- ▶ Modification durée 1^{er}, 2^{ème} et 9^{ème} échelons
- ▶ Parution JO du 29 septembre 2020

Avant 1^{er} octobre 2020

Ancienneté	Ancien échelon	Nouvel échelon	Ancienneté d'échelon conservée	Rémunération PH temps plein	Rémunération PH temps partiel
Au-delà de 24 ans	13e échelon	10e échelon	Ancienneté acquise	90 009, 89 €	51 716, 50 €
Entre 20 et 24 ans	12e échelon	9e échelon	Ancienneté acquise	86 194, 18 €	45 490, 14 €
Entre 18 et 20 ans	11e échelon	8e échelon	Ancienneté acquise	75 816, 89 €	43 672, 88 €
Entre 16 et 18 ans	10e échelon	7e échelon	Ancienneté acquise	72,788, 12 €	40 644, 15 €
Entre 14 et 16 ans	9e échelon	6e échelon	Ancienneté acquise	67 740, 25€	39 230, 79 €
Entre 12 et 14 ans	8e échelon	5e échelon	Ancienneté acquise	65 384, 65 €	38 019, 34 €
Entre 10 et 12 ans	7e échelon	4e échelon	Ancienneté acquise	63 365,55 €	35 495, 44 €
Entre 8 et 10 ans	6e échelon	3e échelon	Ancienneté acquise	59 159, 06 €	33 173, 35 €
Entre 6 et 8 ans	5e échelon	2e échelon	Ancienneté acquise	55 288, 94 €	31 760, 00 €
Entre 4 ans et 6 ans	4e échelon	1er échelon	Ancienneté acquise	52 933, 33 €	54 005,94 €
Entre 2 ans et 4 ans	3e échelon		Sans ancienneté		
Entre 1 an et 2 ans	2e échelon		Sans ancienneté		
Moins d'un an	1er échelon		Sans ancienneté		

Après 1^{er} octobre 2020

Ancienneté	Échelon	Rémunération PH temps plein	Rémunération PH temps partiel
Au-delà de 20 ans	10e échelon	90 009, 89 €	54 005,94 €
Entre 16 et 20 ans	9e échelon	86 194, 18 €	51 716, 50 €
Entre 14 et 16 ans	8e échelon	75 816, 89 €	45 490, 14 €
Entre 12 et 14 ans	7e échelon	72,788, 12 €	43 672, 88 €
Entre 10 et 12 ans	6e échelon	67 740, 25€	40 644, 15 €
Entre 8 et 10 ans	5e échelon	65 384, 65 €	39 230, 79 €
Entre 6 et 8 ans	4e échelon	63 365,55 €	38 019, 34 €
Entre 4 ans et 6 ans	3e échelon	59 159, 06 €	35 495, 44 €
Entre 2 ans et 4 ans	2e échelon	55 288, 94 €	33 173, 35 €
Moins de deux ans	1e échelon	52 933, 33 €	31 760, 00 €

Remarques grille PH

- ▶ Aucune perte de salaire pour échelons 4 à 13
- ▶ Augmentation substantielle pour seulement 3 premiers échelons
- ▶ Reprise de l'ancienneté acquise dans l'échelon seulement à partir du 4ème échelon de l'ancienne
- ▶ Perte d'ancienneté acquise dans l'échelon pour les 3 premiers échelons de l'ancienne grille
- ▶ Durée pour atteindre le dernier échelon de la grille passant de 24 à 20 ans

Carrière de PH de 37 ans :
augmentation totale de 5,72 %, soit un gain de 156 888€ au bout de 37 ans

(11,10 %, soit un gain de 304 387€ au bout de 37 ans après création de 3 échelons en fin de carrière)

(ou 9,5 %, soit 216 887€ sur 32 ans)

Rémunération brute mensuelle au 30/09/2020	Grille au 30/09/2020	Ancienneté acquise dans l'ancien échelon (ans)	Ancienneté acquise dans le nouvel échelon (ans)	Grille au 01/10/2020	Rémunération brute mensuelle au 01/10/2020	% augmentation
7 500,82 €	13*		Ancienneté dans l'ancien échelon 13 et si au-dessus de 4, passage aux échelons supérieurs de la nouvelle grille finale quand elle sera publiée selon la formule (ancienneté dans l'ancien 13 - 4)	10*	7 500,82 €	0
7 182,85 €	12*	4 → 3 → 2 → 1 →	4 → 3 → 2 → 1 →	9*	7 182,85 €	0
6 318,07 €	11*	2 → 1 →	2 → 1 →	8*	6 318,07 €	0
6 065,68 €	10*	2 → 1 →	2 → 1 →	7*	6 065,68 €	0
5 645,02 €	9*	2 → 1 →	2 → 1 →	6*	5 645,02 €	0
5 448,72 €	8*	2 → 1 →	2 → 1 →	5*	5 448,72 €	0
5 280,46 €	7*	2 → 1 →	2 → 1 →	4*	5 280,46 €	0
4 929,92 €	6*	2 → 1 →	2 → 1 →	3*	4 929,92 €	0
4 607,41 €	5*	2 → 1 →	2 → 1 →	2*	4 607,41 €	0
4 411,11 €	4*	2 → 1 →	2 → 1 →	1**	4 411,11 €	0
4 298,95 €	3*	2 → 1 →	0 → 0 →	1**	4 411,11 €	2,61
4 200,78 €	2*	1 →	0 →	1**	4 411,11 €	5,01
4 130,68 €	1**	1 →	0 →	1**	4 411,11 €	6,79

Merci au Dr Jean Garric, Laxou

Modification prévue avec création de 3 échelons supplémentaires en fin de grille de PH, date d'effet 01/01/2021

3 échelons en fin de carrière :

2 échelons de 5 000€ (soit 416,67€ mensuels) et un 3ème de 7 000€ (soit 625€ mensuels) brut annuels sur des durées de 4 ans

Ancienne grille jusqu'au 30/09/2020			Nouvelle grille finale à partir du 1er octobre 2020 et à partir du 1er janvier 2021 ?			% augmentation (au 01/01/2021 et par rapport à 7500,82€)
rémunération brute mensuelle	Durée (ans)	échelon	échelon	Durée (ans)	rémunération brute mensuelle	
			13*	→ retraite	8 959,15 €	19,44
			12*	4	8 334,15 €	11,11
			11*	4	7 917,49 €	5,55
7 500,82 €	→ retraite	13*	10*	4	7 500,82 €	0
7 182,85 €	4	12*	9*	4	7 182,85 €	0
6 318,07 €	2	11*	8*	2	6 318,07 €	0
6 065,68 €	2	10*	7*	2	6 065,68 €	0
5 645,02 €	2	9*	6*	2	5 645,02 €	0
5 448,72 €	2	8*	5*	2	5 448,72 €	0
5 280,46 €	2	7*	4*	2	5 280,46 €	0
4 929,92 €	2	6*	3*	2	4 929,92 €	0
4 607,41 €	2	5*	2*	2	4 607,41 €	0
4 411,11 €	2	4*				0
4 298,95 €	2	3*				2,61
4 200,78 €	1	2*	1**	2	4 411,11 €	5,01
4 130,68 €	1	1**				6,79

Merci au Dr Jean Garric, Laxou

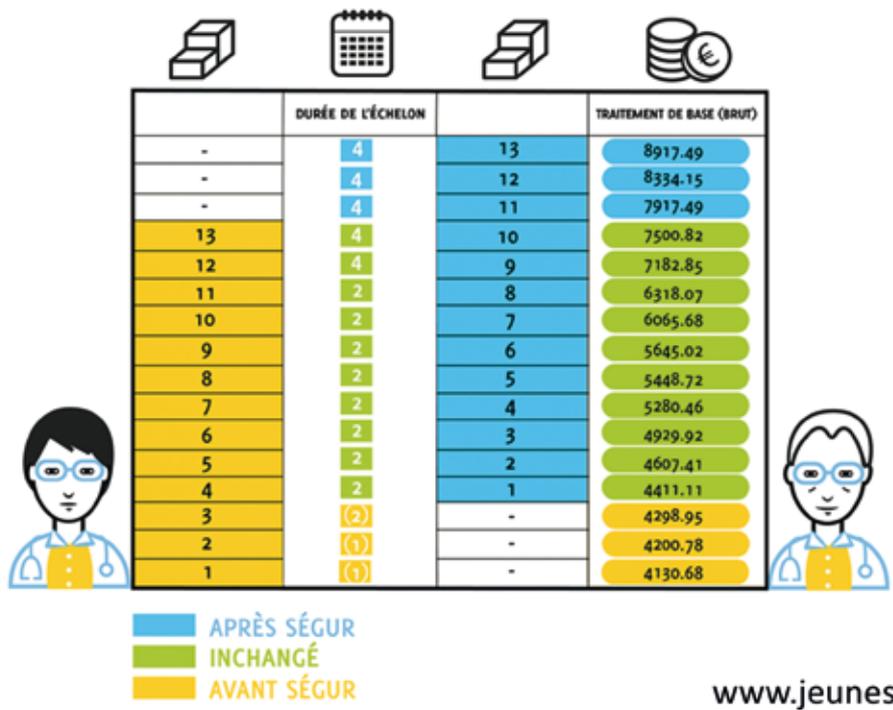
Reclassement pénalisant pour 3 premiers échelons de l'ancienne grille du fait de la non reprise de leur ancienneté ➔ risque de se retrouver à un échelon inférieur aux PHTP entrants dont l'ancienneté dans les statuts antérieurs à leur intégration serait prise en compte.

**Vous avez 7 à 8 ans d'ancienneté et étiez à l'échelon 5 (avant Ségur).
Après Ségur, vous serez à l'échelon 2 et votre traitement de base brut sera de 4607.41€**

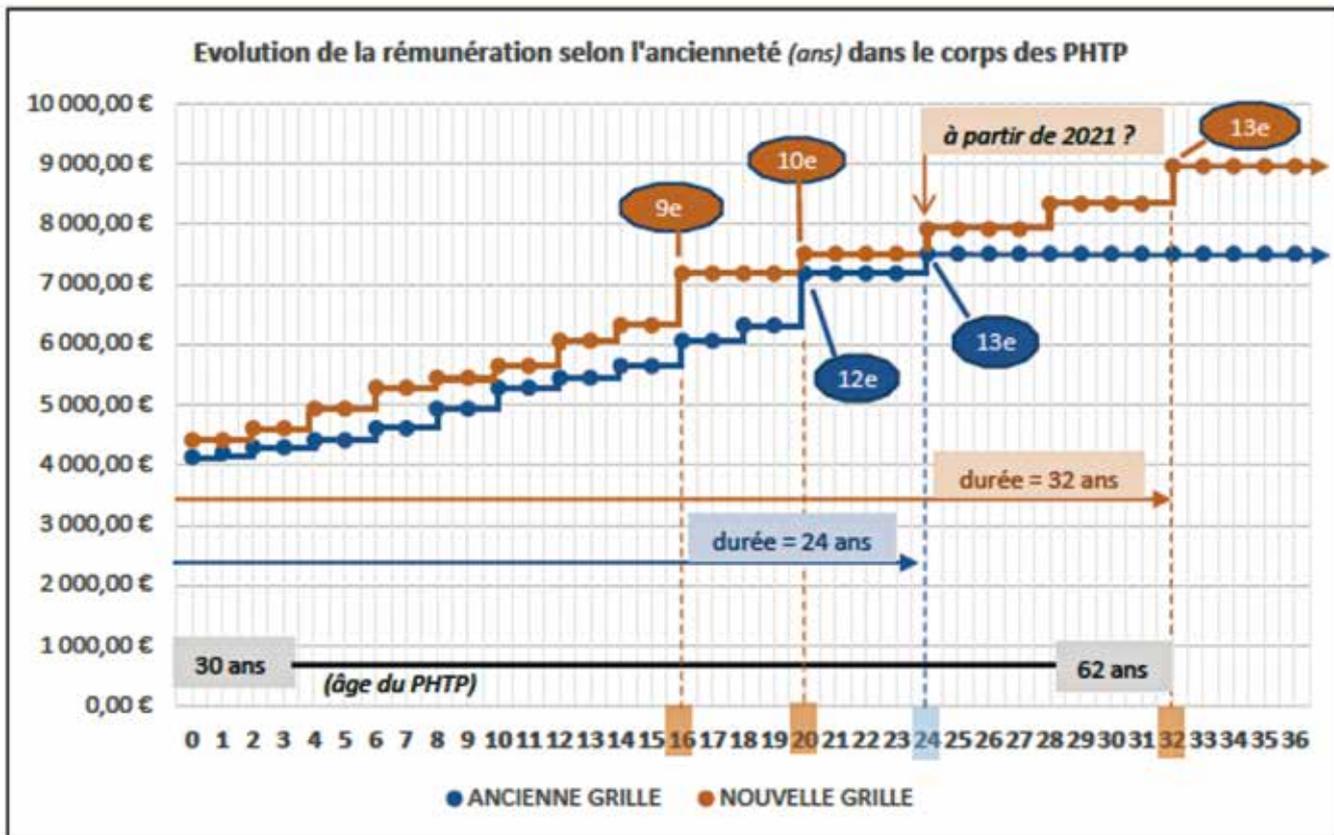
Si vous aviez été nommé(e) en 2020, vous auriez été échelon 4 de la nouvelle grille et vous auriez gagné 5280.46€.

Votre carrière s'étalera sur 40 ans après Ségur, au lieu de s'étaler sur 28 ans (12 ans supplémentaires seront nécessaires pour atteindre le 13ème échelon).

Si ancienneté pas prise en compte ➔ baisse de rémunération pour PHC rémunérés actuellement à ancien échelon 4 +10 %.



- ▶ Pour grande majorité des PHTP (anciens échelons 4 à 12 + 13^{ème} avec moins de 4 ans d'ancienneté), aucune revalorisation initiale. Il faudra attendre échelon 11 de nouvelle grille finale pour voir une amélioration de leurs revenus.
- ▶ Pentes de progression ancienne et nouvelle grilles quasiment parallèles sur 16 premières années de carrière ➔ peu d'effort de revalorisation sur cette période.
- ▶ Il faut attendre 16 ans d'ancienneté pour commencer de manière conséquente à bénéficier de cette revalorisation, 24 ans pour en bénéficier pleinement et 32 ans pour en bénéficier totalement ➔ près de la première moitié d'une carrière de PHTP très peu modifiée par rapport à avant...
- ▶ Effort de revalorisation surtout porté sur fins de carrière et très peu sur les débuts.
Vous avez dit attractivité ??
- ▶ Nouvelle grille finale : accès rémunérations > 7 000€ se fait néanmoins 4 ans plus tôt que dans l'ancienne grille (9^{ème} Vs. 12^{ème}, soit 4 ans de gagnés).
- ▶ Allongement de la carrière à 32 ans pour atteindre dernier échelon ➔ bénéficie de ce dernier au-delà de 62 ans.



Revendications SPH / APH

Mesures obtenues	Obtenues mais...
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Relèvement important IESPE, identique pour tous praticiens qq soit ancienneté 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mesures d'attractivité ▶ Revalorisation salariale (début de carrière à 5000€ nets, fin de carrière à 10000€ nets) ▶ Créations d'échelons supplémentaires <p style="color: orange; font-style: italic;">Peut mieux faire</p>

- ▶ Clarification sur le décompte du temps de travail (39h, décompte horaire ou déf° durée DJ), juste valorisation du travail de nuit et reconnaissance de sa pénibilité.
- ▶ Revalorisation TTA et indemnité liées à permanence des soins.
- ▶ Statut unique de PH temps plein ou temps partiel, avec possibilité d'exercice mixte public ou privé ➡ groupe de travail en cours.
- ▶ Accès sur concours ➡ liste d'aptitude nationale ➡ groupe de travail en cours.
- ▶ Création de valences rémunérées pour enseignement et recherche, management ➡ groupe de travail en cours.

Suivi Ségur - quelques points

- ▶ « Des passerelles seront ouvertes afin de permettre aux praticiens de diversifier leur activité », « reconnaissance dans les tableaux de services, **des activités non cliniques par la valorisation, y compris financière, de valences spécifiques** : recherche, enseignement, gestion de projet, fonctions institutionnelles, coordination de filières territoriales ».
- ▶ Valence de droit (1 DJ/semaine) pour PH temps plein.
- ▶ Sinon, valences soumises à autorisation.
- ▶ Evaluation à minima annuelle lors de l'entretien professionnel.
- ▶ Rémunération pour fonctions managériales +/- enseignement et recherche, sanctuarisation du temps dédié aux projets collectifs ou activités institutionnelles.
- ▶ AIG
 - » Réservée aux activités externes à l'établissement.
 - » Ouverte dès période probatoire + PH exerçant entre 80 et 100 %.
- ▶ ALIH
- ▶ Cumuls d'activité et mixité d'exercice.
 - » Quotité minimale d'exercice d'un PH fixée à 50 %, avec éventuellement une disposition transitoire pour PH exerçant actuellement à 40 %.
 - » PH pourraient modifier quotités de travail sur demande, sur avis favorable PCME, CDS, CDP et directeur, après délai de prévenance.
 - » Tous PH pourraient exercer une activité lucrative salariée dès qu'ils ne sont pas à 100 %, mais clause de non concurrence = repoussoir.
- ▶ PECH
 - » Élargissement des spécialités bénéficiaires au titre des spécialités reconnues en tension au niveau national, éligibilité pour toute spé présentant volume de postes de PH vacants > 1500, médecine d'urgence et **psychiatrie** en 2020.

Revendications SPH / APH

- ▶ Visite médicale annuelle obligatoire pour tous les PH.
- ▶ Principe d'une protection sociale complémentaire financée par l'établissement, garantissant une compensation des revenus (salaires, permanence des soins, primes).
- ▶ Retraite et protection sociale HU revalorisées à la hauteur de celle des PH.

FOCUS COVID

Déplafonnement des CET

- ▶ Arrêté du 26 juin 2020 relatif à la mise en œuvre de dispositions temporaires en matière de CET pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des EPS afin de faire face aux conséquences de l'épidémie de Covid-19.
- ▶ Par dérogation, progression annuelle maximale du nombre de jours fixée à 30 jours pour 2020.

Indemnisation jours de congés non pris

- ▶ « Indemnité compensatoire forfaitaire avantageuse », lettre Oliver Véran 19 octobre 2020.
- ▶ Selon quelles modalités ?

FOCUS OUTRE-MER ET ATTRACTIVITÉ

Les Outre-Mer

Difficultés multiples :

- ▶ Isolement géographique (insularité = populations captives).
- ▶ Populations précaires (recours aux services publics).
- ▶ Démographie médicale pénurique (altération qualité et sécurité).
- ▶ Pénibilité, hétérogénéité des statuts et rémunérations (majoration 20 % Antilles, 40 % Réunion Guyane, 65 % clinicien).
- ▶ Surcoûts locaux (vie chère, transports).
- ▶ Poids des intérimaires (solution palliative coûteuse, sans investissement dans la dynamique de projet, pb culture et langue).
- ▶ Densité des psy, exemple de la Guadeloupe : 10/100,000 Hab contre 22/100,000 France (trop en France ? Ou pas assez en OM ?).

Attaques contre le statut :

- ▶ PH assimilés à fonctionnaires pour tout ce qui est défavorable (mise en cause des congés bonifiés).
- ▶ Statut inadapté (prise en charge des frais de transport tous les 2 ans si cumul des congés formation).

Attractivité multifactorielle, avec facteurs transversaux :

- ▶ Projet intéressant sous responsabilité médicale (médicalisation de la gouvernance), avec des moyens suffisants (financement de la psy), formations (université), mesures statutaires.
- ▶ Nécessité de dispositions particulières pour les OM dans les statuts en préparation, améliorés par rapport aux statuts actuels (session de négociation spécifique dans suivi de ma santé et Ségur).

Les revendications Outre-Mer

- ▶ Le statut de PH n'est pas assimilable à celui des fonctionnaires.
- ▶ Harmoniser les rémunérations : 40 % d'indemnité spéciale mensuelle pour tous les Praticiens et pour tous les Outre-Mer (actuellement pas aux Antilles, et pas pour les contractuels).
- ▶ Pas de réduction de salaire ni droits ARTT lors des congés bonifiés.
- ▶ Formation : crédits abondés à au moins 2,5 % de la masse salariale, un voyage annuel vers métropole hors crédits de formation, 15 jours de formation + délais de route A/R.
- ▶ Indemnité de changement de résidence pour assistants et contractuels (contrat de 2 ans au moins).
- ▶ Inscription de l'ensemble des Outre-Mer sur la liste des spécialités déficitaires (pour les PECH).
- ▶ PASSER DES CONSTATS AUX DÉCISIONS !

PRÉ MOTIONS

- ▶ La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid met à nouveau en lumière le rôle fondamental de l'hôpital public mais aussi ses difficultés et les situations de souffrance qui peuvent en résulter. Il est donc indispensable de permettre aux médecins et aux soignants de s'engager et de poursuivre leur engagement dans le service public dans des conditions enfin réévaluées autrement qu'en fonction de critères essentiellement économiques. Le SPH déplore de devoir réaffirmer nombre de ses revendications d'année en année.
- ▶ Le SPH rappelle l'urgence de l'inscription de la psychiatrie sur la liste des spécialités déficitaires au plan national.
- ▶ Le SPH demande :
 - » Un statut unique de praticien hospitalier titulaire, temps plein ou temps partiel, hospitalier ou hospitalo-universitaire, avec nomination nationale des PH après inscription sur une liste d'aptitude, création de valences et possibilité d'exercice mixte public ou privé, pour ceux qui le souhaitent et dans les limites statutaires.
 - » Un strict respect du droit statutaire à l'exercice des activités d'intérêt général, trop souvent contesté localement.
 - » Une clarification sur le décompte du temps de travail avec juste valorisation du travail de nuit (5 demi-journées par 24 heures) et reconnaissance de sa pénibilité, ainsi qu'une revalorisation du TTA et des indemnités liées à la permanence des soins, la reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit, dès la première garde, via les modalités de retraite.
 - » Une retraite et protection sociale des HU revalorisées à la hauteur de celle des PH.
 - » Le principe d'une protection sociale complémentaire financée par l'établissement, garantissant une compensation des revenus (salaires, permanence des soins, primes).
 - » Une visite médicale annuelle obligatoire pour tous les PH.
 - » L'introduction au sein des établissements publics de santé et des GHT d'une représentation syndicale des personnels médicaux hospitaliers dans les instances de dialogue social existantes ou rénovées (fusion CTE / CHSCT).
- ▶ Le SPH déplore que les engagements du Ségur concernant les primes et la modification de la grille des émoluments des PH ne soient pas à la hauteur du « choc d'attractivité » attendu. Le SPH rappelle notamment qu'il militait pour une augmentation linéaire des salaires à raison de 500€ mensuels par échelon.
- ▶ Concernant les Outre-Mer, le SPH demande :
 - » Harmonisation de l'indemnité de « vie chère » à 40 % pour l'ensemble des PH et contractuels, sur l'ensemble des rémunérations et dans tous les DOM/COM.
 - » Garantie d'une formation continue régulière en Métropole : crédits formation abondés au niveau de 2,5 % de la masse salariale médicale, 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 congés de formation + délais de route A/R.
 - » Inscription des postes de PH dans les établissements ultra-marins sur la liste des postes éligibles à la Prime d'Engagement de Carrière Hospitalière (PECH) au titre des spécialités déficitaires.
 - » Le statut de PH n'est pas assimilable à celui des fonctionnaires : respect du statut et donc pas de réduction des droits à RTT ou des indemnités durant les congés bonifiés.

CRISES SANITAIRES ET ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE : LES ENSEIGNEMENTS DE LA COVID 19

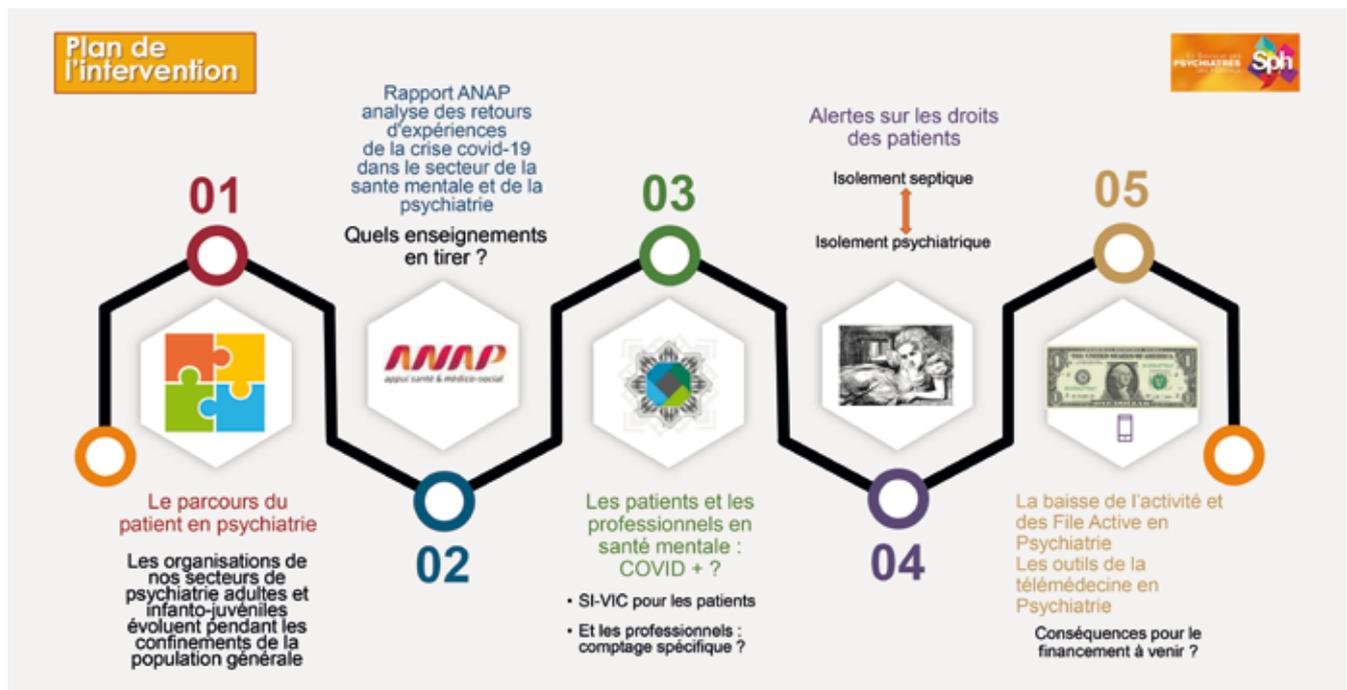
Isabelle Montet

|

Pascal Favré

|

Gisele Apter



NOUVELLES MODALITÉS D'ORGANISATION DU PARCOURS PATIENT EN PSYCHIATRIE ENTRE LE 14 MARS ET JUIN 2020

Les ARS ont obtenu un Satisfecit d'Olivier Véran et de Franck Bellivier

Coronavirus (COVID-19)

FICHE ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS EN PSYCHIATRIE

CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS APPLICABLES À L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE ET LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES AUTORISÉS EN PSYCHIATRIE

Document du 23 mars 2020

EPS SM non prioritaires pour les EPI

Primauté de la logique de gestion sanitaire visant à limiter la diffusion de la pandémie et éviter les clusters au sein des UHTP : les principes

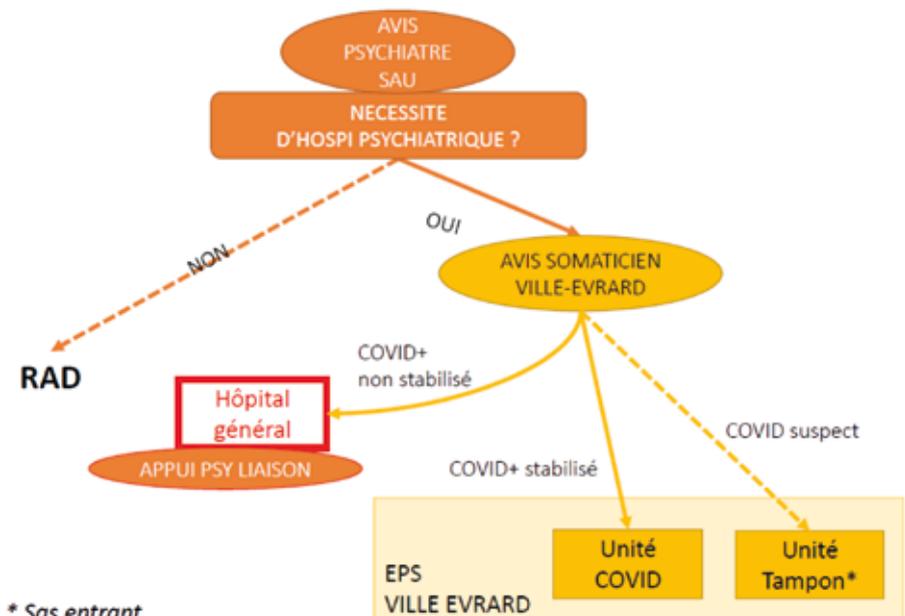


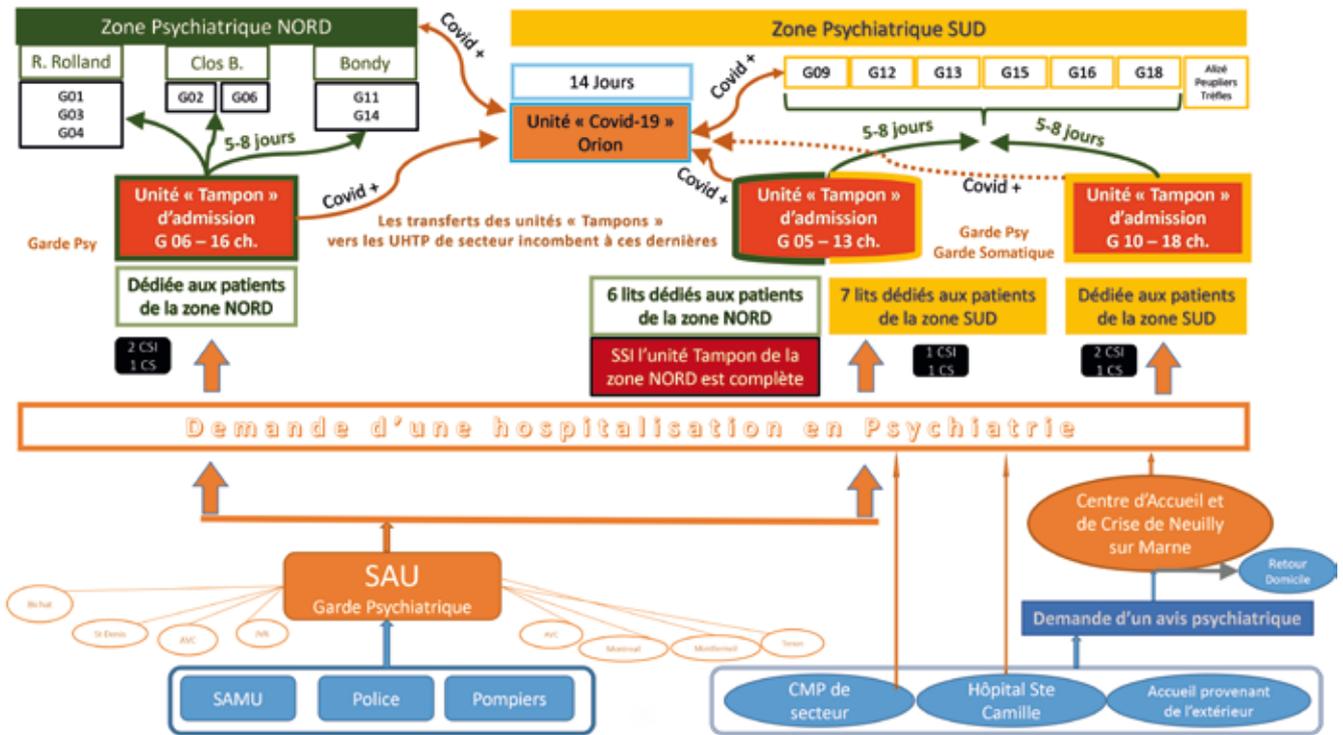
Modalité de fonctionnement en SAU

PSY EN SAU

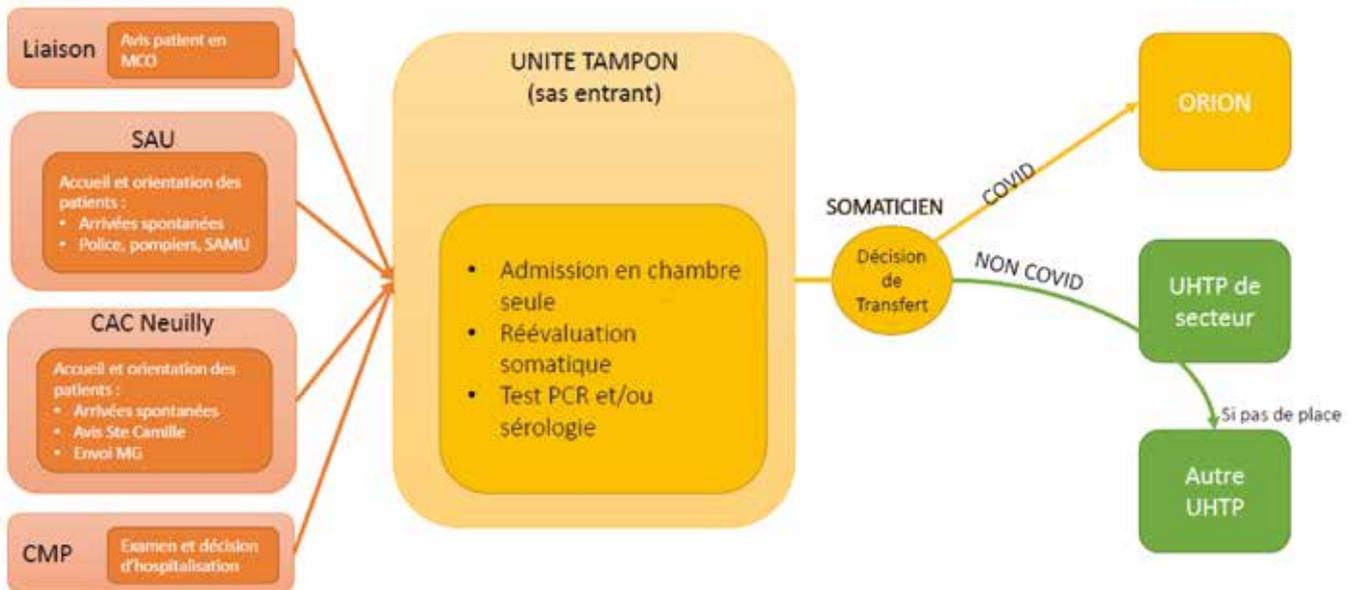
- Zone d'attente psy séparée si possible
- Examen somatique le plus rapide si possible
- Examen psychiatrique si possible dès l'arrivée
- Transfert le plus rapidement possible vers l'unité tampon NORD ou SUD

RAPPEL : pas d'orientation du CMP vers le SAU si besoin d'hospitalisation sauf si problème somatique

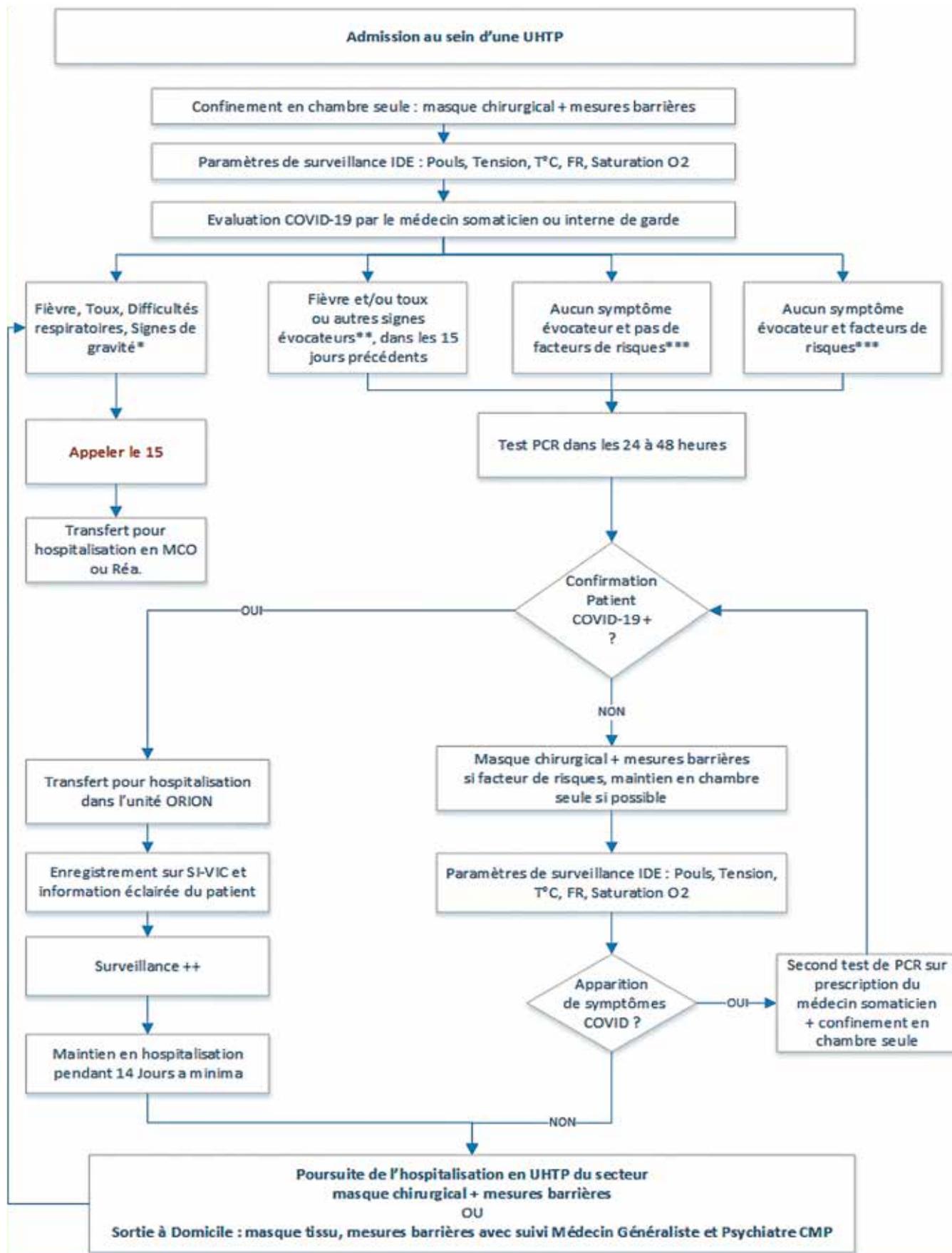




Parcours patient psy adulte



Logigramme Admission d'un patient tout venant en UHTP



Les coopérations

Une cellule d'accompagnement psychologique des professionnels de 3 établissements de la Seine St Denis :

- ▶ Composée de psychologues et de psychiatres de Ville Evrard.
- ▶ Établissements :
 - Montreuil
 - Montfermeil
 - Ville Evrard

Une cellule d'appui médico-psychologique pour les patients Covid + et leurs proches de 3 établissements de la Seine St Denis :

- ▶ Composée de psychologues et de psychiatres des 3 établissements.
- ▶ Établissements :
 - Montreuil
 - Montfermeil
 - Ville Evrard



APPEX
(ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ)

Vous êtes inquiet(e), démuni(e), épuisé(e).
Vous ressentez le besoin d'un espace de parole, de soutien, en individuel.

Personnels des équipes de jour, de nuit et de week-end, vous pouvez adresser votre demande

Du lundi au vendredi, de 9h30 à 16h00 :
Par téléphone : +33 1 43 09 32 81
Par e-mail : n.durand@epsve.fr

La prise en charge du COVID 19

Vous faites vivre une situation exceptionnelle qui impacte l'ensemble du personnel de l'établissement. Votre charge de travail et les situations de tensions qui l'accompagnent, ainsi que la sensation d'urgence et la nécessité de devoir vous adapter en permanence sont des sources d'inconfort psychique qui s'aggravent avec la fatigue. Vous pouvez également rencontrer des situations extrêmes auxquelles vous n'étiez pas préparé(e).

Pour vous aider à gérer cette situation, nous vous proposons un soutien psychologique gratuit et anonyme qui pourra s'effectuer soit par téléphone ou en vidéo, soit en consultation présente, à votre convenance. Nous essaierons dans la mesure du possible de nous adapter à vos horaires.

Une équipe composée de psychologues et de psychiatres de l'EPS Ville Evrard répondra à votre demande. Cette démarche est strictement confidentielle.

En relai de l'APPEX, l'association « Soins aux professionnels de santé » propose un accompagnement pour les soignants, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 : Numéro vert (appel gratuit) : 08 05 23 23 36



CHI André Grégoire

Médicaments Ville-Evrard
Groupement Hospitalier de l'Est Grand Paris Nord-Est

PATIENTS ET PROCHES
Covid-19 : une cellule d'appui médico-psychologique - CAMP à votre écoute

Vous êtes hospitalisé sans pouvoir voir votre famille ?
Vous êtes séparés de votre proche hospitalisé ?
Vous êtes endeuillés et n'avez pas eu accès au corps du défunt ?

Une cellule d'appui médico-psychologique est à votre disposition pour vous accompagner durant cette période difficile de crise sanitaire.

Un numéro unique :
06 08 18 32 33
7 jours sur 7 - de 9h à 18h

Si vous présentez des symptômes psychiatriques, contactez directement le centre d'accueil et d'urgence psychiatrique : 01 55 86 16 40/41

L'activité ambulatoire

- ▶ Le maintien du lien est un principe qui a guidé les réorganisations de l'offre ambulatoire des établissements. Face à la fermeture des structures ambulatoires classiques ainsi que les hôpitaux de jour, les professionnels concernés se sont organisés pour proposer un suivi adapté aux personnes vivant à domicile en s'appuyant sur tous les outils existants permettant de maintenir le lien en fonction des besoins constatés. Ces outils ont été mis en œuvre de façon concomitante, autant que de besoin :
 - » Les entretiens téléphoniques ;
 - » Les téléconsultations ;
 - » Les visites à domicile ;
 - » Le soutien aux partenaires.
- ▶ Cette nouvelle modalité de prise en charge a été désignée sous le vocable de « ambulatoire adapté multimodal ».
- ▶ Éviter les « perdus de vue ».

RAPPORT ANAP

appui santé & médico-social

ANALYSE DES RETOURS D'EXPÉRIENCES DE LA CRISE COVID 19 DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA PSYCHIATRIE

En tirer quels enseignements ?

Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP) Frank BELLIVIER

6 visites virtuelles d'EPSM par visioconférence entre le 12 juin et le 8 juillet 20, en lien avec les ARS.

Des établissements de Santé Mentale ont été « visités » de façon virtuelle.

Région	Etablissement	Innovation pendant la crise	Date
Ile-de-France	CHS Ville Evrard	Prise en charge dématérialisée des adolescents	12 juin de 14h à 16h
Pays de Loire	CESAME et CHU Angers	Coopération EPSM-CHU	18 juin de 14h à 16h
Nouvelle-Aquitaine	CH Charles Perrens (33)	Réponses apportées au besoin de soutien médico-psychologique	25 juin de 14h à 16h
Bretagne	CHS Regnier	Equipes mobiles et « aller vers »	8 juillet de 14h à 16h
Occitanie	Etablissements publics et privés de Haute-Garonne	Coopération public-privé	3 juillet de 10h30 à 12h30
Bourgogne Franche-Comté	AHBFC (Saint-Remy en Comté)	Articulation avec le médico-social	7 juillet de 10h à 12h

- ▶ Recueillir l'analyse de la situation par les équipes de terrain : nouvelles organisations, difficultés rencontrées, progrès constatés, pérennité...
- ▶ Préparer la période de post-crise : capitaliser sur les progrès réalisés.
- ▶ Adapter la feuille de route Santé mentale et psychiatrie en conséquence.

Enquête « Flash »

Complémentaire d'un enrichissement du RIM P Mesurer l'incidence du COVID 19 sur les activités en ambulatoire, en présentiel ou à distance, de l'ensemble des établissements de santé mentale.

Instruction DMSMP n 2020 88 du 29 mai 2020. Elle a été transmise aux directeurs généraux des ARS par mail du 4 juin 2020.

Enquête « Flash » : ATIH , DGOS , ANAP

- ▶ Description de dispositifs particuliers mis en œuvre durant cette période, ainsi que la pertinence de leur pérennisation au-delà.
- ▶ Fermeture quasi systématique des structures « hors les murs », avec en priorité les activités groupales HDJ et CATTp dans une moindre mesure les CMP.
- ▶ Impact négatif de la fermeture des activités médico-sociales, et de la suspension des aides à domicile isolement des personnes vulnérables confinées.
- ▶ Constitutions d'équipes intersectorielles.
- ▶ Coopérations entre équipes de psychiatrie et équipes somatiques.
- ▶ Coopération et solidarité entre équipes de soins, directions, service d'hygiène et ARS.
- ▶ Brassage des pratiques et la mise en relation de professionnels qui ne se connaissaient pas.

► **Les facteurs de réussite les acteurs de terrain**

- » Leur implication est unanimement saluée.
 - forte implication, aptitude à réinterroger les pratiques, réactivité.
- » Faire face dans un temps très court à de nombreuses réorganisations de leur temps de travail, de leurs postes de travail (et au redéploiement vers d'autres unités MCO EHPAD, MS).
- » S'adapter pour organiser le suivi à distance des patients maîtrise de l'outil informatique, mobilité, etc.

► **Les difficultés**

- » L'absentéisme du personnel.
- » La fermeture des activités de pédopsychiatrie et des structures médicosociales.
- » Les difficultés matérielles.
 - Le manque de dispositifs de protection des professionnels.
 - Les acteurs de la santé mentale (structures MS) ont le sentiment de ne pas avoir bénéficié des EPI ou très tardivement.
- Le respect du droit des patients.

Conclusions du rapport de l'ANAP

- Les supports technologiques et la télémédecine :
 - » consultations, expertises, réunions de concertation entre professionnels.
 - » Double virage, numérique et ambulatoire, privilégiant « l'aller vers » et la réponse adaptée et personnalisée aux besoins des publics concernés.
- Saluer la réactivité et l'inventivité des équipes pour s'adapter à ces circonstances inédites.
 - » Les pratiques ont été bouleversées et pourtant les missions ont été tenues.
- Les réorganisations ouvrent de nouvelles perspectives de transformation des offres en santé mentale dans les territoires.

C'est comme si ces gens découvraient la logique pragmatique des soins de secteur en psychiatrie !!!

LES PATIENTS ET LES PROFESSIONNELS EN SANTÉ MENTALE : COVID +?

- Si VIC pour les patients
- Et les professionnels : comptage spécifique ?

ALERTES SUR LES DROITS DES PATIENTS

- Isolement septique
- Isolement psychiatrique

RAPPORT D'ANALYSE DES RETOURS D'EXPÉRIENCES DE LA CRISE COVID 19 DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA PSYCHIATRIE

Le point d'équilibre entre des mesures d'isolement rendues nécessaires par la symptomatologie psychiatrique et comportementale et la mise en œuvre des préconisations visant à éviter la propagation du virus et la contamination des patients et des soignants, a pu, dans certains cas, être difficile à trouver. Plus généralement, de nombreux témoignages d'équipes soignantes **indiquent la difficulté à codifier ce difficile équilibre entre le respect de la liberté d'aller et venir, la nécessité de protéger les patients et les soignants et le recours à l'isolement pour des raisons d'intrication entre risque infectieux et symptomatologie psychiatrique décompensée.**

LA BAISSÉ DE L'ACTIVITÉ ET DES FILE ACTIVE EN PSYCHIATRIE LES OUTILS DE LA TÉLÉMÉDECINE EN PSYCHIATRIE

Conséquences pour le financement à venir ?

ATELIER PÉDOPSYCHIATRIE

Covid et pédopsy

Tour de France : Comment les choses se passent et se sont passées ?

Nouvelles organisations ?

La clinique du confinement... chez les jeunes.

Réforme de la tarification en psychiatrie

Quelques clés pour comprendre ce qui va se passer en pédopsychiatrie à partir de 2022.

Les raisons et les objectifs de la réforme

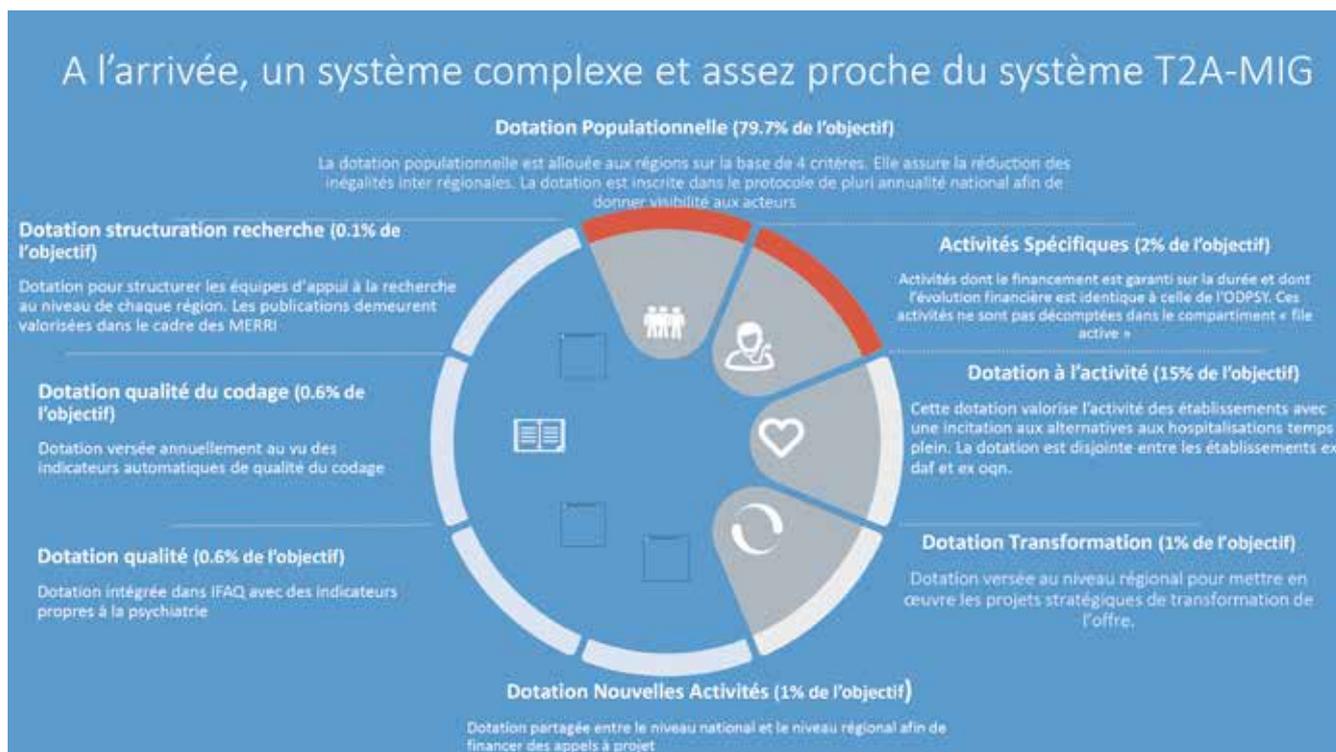
- ▶ **Des modes de financements hétérogènes** entre les secteurs qui pour chacun comportent d'importants effets pervers.
- ▶ Ces modes de financement ont induit de **grandes différences de financement entre les régions**.
- ▶ **Avoir un modèle de financement qui soit en ligne avec les orientations de la feuille de route de santé mentale**. Celle-ci promeut, entre autres, une plus grande diversité des modalités de prises en charge et une reconnaissance plus importante de l'ambulatoire.
- ▶ Disposer d'un modèle qui favorise le dynamisme, la créativité et la recherche au sein des régions.
- ▶ **Conserver une place importante à la région** et aux acteurs dans la régulation du financement.

Région	Dps par habitant au périmètre dot pop et avec correction du coeff geo
Auvergne-Rhône-Alpes	138
Bourgogne-Franche-Comté	147
Bretagne	156
Centre Val-de-Loire	126
Corse	151
Grand-Est	135
Hauts-de-France	147
Ile-de-France	138
Normandie	143
Nouvelle-Aquitaine	147
Occitanie	140
Pays-de-la-Loire	119
Provence-Alpes-Côte d'Azur	144
ZZ-Guadeloupe	123
ZZ-Guyane	82
ZZ-Martinique	133
ZZ-Océan Indien	101

LES GRANDES LIGNES DE LA RÉFORME

Les objectifs initiaux de la réforme faisaient consensus :

- ▶ Avoir une enveloppe globale d'évolution pour la psychiatrie dans l'ONDAM qui rende plus équitable les évolutions entre secteur public et privé.
- ▶ Corriger les inégalités régionales de répartition de la DAF historique.
- ▶ Prendre en compte les files actives et leur évolution.
- ▶ Introduire des critères populationnels (pauvreté, isolement, etc.).
- ▶ Introduire des critères incitatifs : codage, qualité des soins, appui à la transformation.
- ▶ Garantir une enveloppe pour financer pendant 3 ans les activités nouvelles (sur AAP).
- ▶ Donner davantage la main aux ARS via un comité de concertation régional.
- ▶ Laisser du temps aux hôpitaux pour se préparer : 4 ans pendant lesquels aucune baisse de recette ne sera subie.



La dotation populationnelle

Critères de répartition :

Population avec survalorisation mineurs	80 %
Pauvreté	9 %
Isolement (taille des ménages)	1 %
Densité médicale	5 %
Nb de places en MS	5 %

- ▶ **Calculée par région** ; promesse qu'aucune région ne sera perdante par rapport à la DAF.
- ▶ Répartition régionale : la main de l'ARS (critères nationaux + régionaux), avec l'aide d'un comité consultatif régional d'allocation des ressources créé à cet effet (représentants fédérations et usagers).
- ▶ Les ARS se réserveront 1 à 2 % de l'enveloppe pour la reverser directement aux établissements sur le fondement d'un contrat pluriannuel (mise en œuvre projet de santé du territoire).

Les activités spécifiques

- ▶ La liste de ces activités sera fixée par arrêté ministériel.
- ▶ Enveloppe qui représentera **2 % des recettes**.
- ▶ Ces activités spécifiques sont nécessairement en lien avec des missions d'intérêt général et des dispositifs de santé publique.
- ▶ Attention elles ne seront financées en plus que pour leur lancement et seront ensuite intégrées à la DAF.

LES CONSTATS

- ▶ Les simulations ont été envoyées de façon cloisonnées à chaque région et pour les seuls établissements publics.
- ▶ Les simulations n'intègrent pas la dotation activités spécifiques, mais il est annoncé que leur financement se fera à périmètre constant... **donc de facto par un prélèvement sur la dotation populationnelle ?**
- ▶ Les simulations intègrent une hypothèse de 1,5 % de recettes liées à des activités nouvelles sur des appels à projets, ce qui semble élevé. Le financement de ces AN sera assuré pendant 3 ans via cette dotation, puis il basculera sur... la dotation populationnelle ! **Cela revient à dire qu'après 3 ans, l'établissement devra assurer la pérennisation de sa mesure nouvelle par redéploiement interne.**
- ▶ Ps : la réforme prévoit que chaque année les fédérations pourront décider de l'évolution du taux de chaque dotation !

Fongibilité sectorielle entre la dotation populationnelle et la dotation à l'activité

Une fois le rattrapage régional réalisé, une possibilité est ouverte une fois par an pour faire varier entre les secteurs le poids dans le financement de la dotation populationnelle et du compartiment à l'activité afin de respecter les spécificités de chaque secteur.

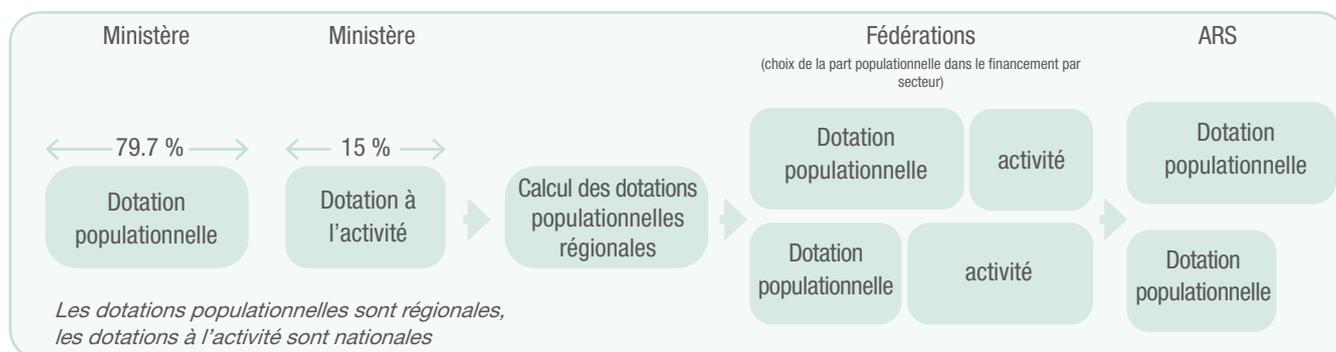
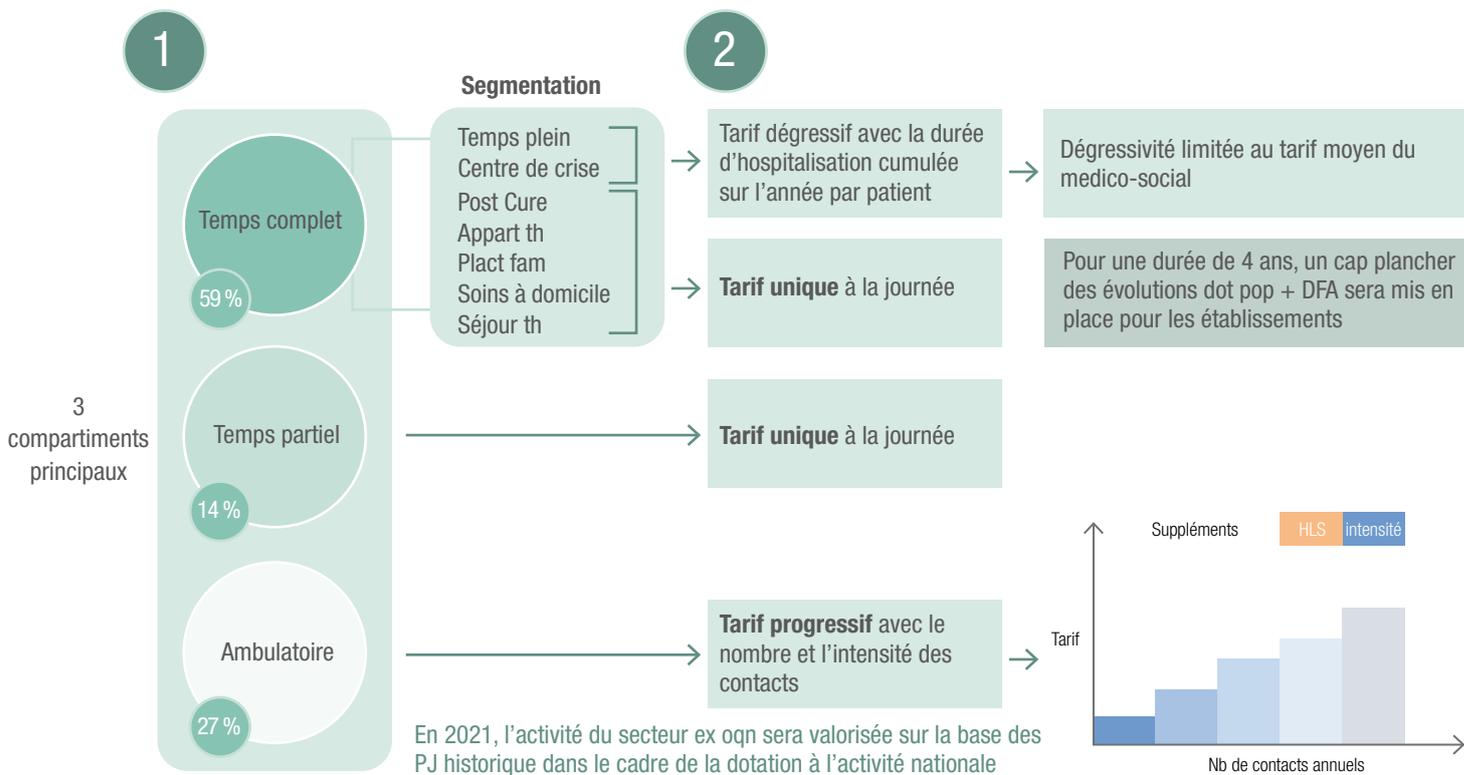


Illustration de la fongibilité entre dotation populationnelle et dotation à l'activité

Dans cet exemple, les établissements sous daf font le choix de conserver une dotation populationnelle à hauteur de 80 % et les établissements sous OQN font un choix différent. L'enveloppe à l'activité est gérée au niveau national.

Régions		Convergence vers ARPP cible (année)	Répartition ARPP/DFA par secteur							
Régions	Dotation populationnelle base	ARPP régionale	Poids OQN	ARPP régionale DAF	ARPP régionale DAF définitive	Masse DAF à reverser sur DFA	ARPP régionale OQN	ARPP régionale OQN définitive	Masse OQN à reverser sur DFA	ARPP régionale définitive
Auvergne-Rhône-Alpes	877 162 754	885 284 650	8.72 %	808 110 454	808 110 454	0	77 174 196	9 624 053	67 550 143	817 734 508
Bourgogne-Franche-Comté	336 775 794	339 861 907	5.72 %	320 430 221	320 430 221	0	19 431 686	2 423 240	17 008 446	322 853 461
Bretagne	409 303 868	413 054 606	6.73 %	385 272 118	385 272 118	0	27 782 488	3 464 631	24 317 857	388 736 750
Centre Val de Loire	261 550 275	268 790 597	12.80 %	234 397 183	234 397 183	0	34 393 414	4 289 051	30 104 363	238 686 234
Corse	44 984 717	45 396 944	19.63 %	36 485 077	36 485 077	0	8 911 866	1 111 359	7 800 507	37 596 437
Grand-Est	567 629 776	581 510 672	1.21 %	574 496 333	574 496 333	0	7 014 340	874 727	6 139 612	575 371 060
Hauts-de-France	712 562 367	719 092 076	7.05 %	668 360 737	668 360 737	0	50 731 339	6 326 481	44 404 858	674 687 218
Ile-de-France	1 435 448 216	1 453 136 131	6.55 %	1 357 946 551	1 357 946 551	0	95 189 580	11 870 672	83 318 907	1 369 817 223
Normandie	381 937 505	385 437 467	3.14 %	373 337 511	373 337 511	0	12 099 956	1 508 932	10 591 024	374 846 443
Nouvelle-Aquitaine	700 829 832	707 252 028	4.77 %	673 539 409	673 539 409	0	33 712 619	4 204 152	29 508 467	677 743 561
Occitanie	651 132 176	657 098 957	16.17 %	550 837 339	550 837 339	0	106 261 618	13 251 417	93 010 201	564 088 757
Pays-de-la-Loire	361 267 494	375 874 941	3.31 %	363 429 610	363 429 610	0	12 445 330	1 552 002	10 893 328	364 981 613
Provence-Alpes-Côte d'Azur	569 974 054	575 197 126	15.12 %	488 254 872	488 254 872	0	86 942 255	10 842 185	76 100 070	499 097 057
ZZ-Guadeloupe	55 774 992	57 937 023	4.42 %	55 373 988	55 373 988	0	2 563 034	319 625	2 243 410	55 693 613
ZZ-Guyane	23 062 013	27 656 522	0.00 %	27 656 522	27 656 522	0	0	0	0	27 656 522
ZZ-Martinique	51 836 533	52 629 498	0.00 %	52 629 498	52 629 498	0	0	0	0	52 629 498
ZZ-Océan Indien	92 208 854	101 231 693	14.40 %	86 658 411	86 658 411	0	14 573 282	1 817 370	12 755 912	88 475 781
TOTAL	7 533 441 219	7 646 442 838		7 057 215 835	7 057 215 835	0	589 227 003	73 479 899	515 747 104	7 130 695 734

La dotation files actives vise, au sein d'une juste valorisation des activités réalisées, à inciter les établissements à privilégier les alternatives à l'hospitalisation à temps plein.



Exemple : Île-de-France l'ARPP de +16M€

Une perte de - 13 623 290 € de recettes pour les 34 établissements publics d'IDF : 58.8 % des établissements, soit 20 hôpitaux, perdent 20 412 245 €, soit en moyenne -1 020 612 € chacun, dont : le GHU -4 759 755 €, l'APHP -736 251 €, CHS Barthelemy Durand -2 391 384 €, le CASH Nanterre - 998 632 €, EPS de Ville-Evrard -3 051 163 €, CH Pontoise -2 370 495 €, CHS Paul Guiraud -555 923 €

- ▶ 41.2 % des établissements, soit 14 établissements, gagnent 6 788 955 €, soit en moyenne + 484 925 € chacun, dont : Simone Veil + 876 591 €, Robert Ballanger + 1 050 699 €, Poissy-Saint-Germain + 2 588 100 €, Saint-Maurice + 508 125 €
- ▶ Redéploiement vers le privé ?

Hospitalisation temps plein enfants

- ▶ Modalités de valorisation
 - » Calcul de la DMH par patient sur une année civile.
 - » Les 2 premières journées sont valorisées à 384 € / j, les 3 suivantes à 379 Euros, etc.

Par jour de présence selon DMH totale / an	0j	1-2j	3-5j	6-8j	9-11j	12-15j	16-21j	22-30j	31-45j	46-78j	>78j
Euros (hors coef géo)	443	887	882	877	872	867	862	857	852	847	590
À VE	1,9 %	13,8 %	8,8 %	4,4 %	1,9 %	4,4 %	7,5 %	12,6 %	18,9 %	11,9 %	13,8 %
Echantillon	3,1%	6,3%	9,6%	7,9%	5,8%	7,0%	7,5%	10,9%	12,8%	12,5%	16,6%

- ▶ Résultats de la simulation Les coûts sont supérieurs aux tarifs moyens et même au tarif maximum dans la plupart des cas

	Nb journées 2018	Coût moyen RTC	Valorisation DFA moy. / jour	écart en %
GHU	7 807	1 067	877	-18 %
AP-HP	27 816	?	878	?
T. Roussel	8 342	995	845	-15 %
Erasmus	2 914	728	863	+19 %
Aulnay	1 937	892	876	-2 %
Ville-Evrard	5 869	1 482	865	-42 %
Fondation vallée	9 957	865	779	-10 %
Total étbl publics	145 900	897	840	-6 %

Hospitalisation de jour enfants

- ▶ Modalités de valorisation
 - » Calcul du nb de venues cumulées sur une année civile
 - » Tarif unique

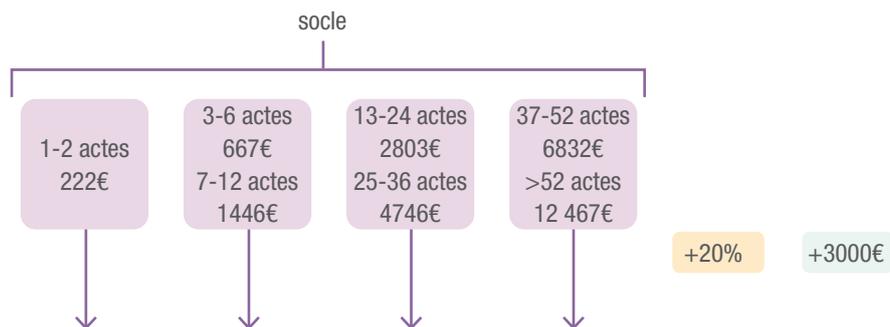
Par journée de présence / an jusqu'à 254 venues par an	Entre 1 et 254 venues*
Euros (hors coef géo)	499 (avec CG)

- ▶ Résultats de la simulation :
1/3 des établissements sont gagnants ou neutres entre le tarif et le coût

	Nb venues	Coût moyen UO	Valorisation DFA moy. / jour	Écart en %
GHU	11 747	814		-39 %
GHEF	9 116	554		-10 %
CH DU SUD 77	4 211	427		17 %
POISSY ST-G.	1 590	743		-33 %
PLAISIR	11 469	503		-1 %
CH MANTES	3 926	305		64 %
CH DE VERSAILLES	277	1405		-64 %
T. ROUSSEL	13 139	428		17 %
GHNE	3 893	474		5 %
B. DURAND	7 616	847		-41 %
ERASME	1 147	762		-34 %
CH DE ST-DENIS	1 115	720	499	-31 %
CH AULNAY	2 974	548		-9 %
EPS VILLE-EVRARD	16 609	654		-24 %
SAINT MAURICE	7 715	507		-1 %
CHI CRETEIL	5 650	496		1 %
FONDATION VALLEE	9 467	319		56 %
CHI PORTES DE L OISE	1 909	588		-15 %
G.H.E.M.	1 036	444		12 %
CH ARGENTEUIL	5 034	394		27 %
CH DE GONESSE	13 288	192		160 %
CH RENE DUBOS	5 916	487		3 %
CHS Moisselles	1 648	724		-31 %
Echantillon (23 étbl)	140 491	519	499	-39 %

Ambulatoire enfants

- ▶ **Socle** Forfait de Base couvrant les charges moyennes et usuelles de la prise en charge en ambulatoire.
- ▶ Prise en compte de **paliers d'activité** pour déterminer le type de suivi du patient tout au long de l'année.
- ▶ **Majoration Hors lieux de soins de l'ES** Inciter la prise en charge hors lieux de soins de l'ES et couvrir les charges supplémentaires afférentes.
 - » Vecteur de financement : coefficient de majoration sur le forfait proportionnel à la part d'actes HLS du patient.
 - » Valeur du coefficient : 20 %.
- ▶ **Supplément PeC intensive** Inciter à une prise en charge intensive en ambulatoire plutôt qu'à une hospitalisation.
 - » Vecteur de financement : supplément sur le forfait pour les patients avec au moins une période intensive.
 - » Valeur du supplément : +1000€ quel que soit le palier pour adulte à partir de 13 actes par an.



	nb patients	avis	suivi espacé	suivi régulier	suivi rapproché	hls	pec intensive
GHU	8 392	31%	42%	20%	7%	3,9%	0,1%
AP-HP	12 073	63%	31%	6%	1%	0,1%	0,1%
GHEF	4 874	35%	41%	18%	6%	1,8%	0,0%
PLAISIR	2 966	32%	41%	21%	6%	7,3%	0,0%
T. ROUSSEL	4 203	29%	39%	25%	7%	2,5%	0,2%
B. DURAND	3 498	33%	35%	25%	7%	6,9%	0,1%
ERASME	3 869	20%	41%	28%	11%	2,9%	0,2%
CH ST-DENIS	2 580	34%	32%	23%	11%	2,6%	0,5%
CH AULNAY	2 694	26%	39%	26%	10%	0,7%	0,1%
EPVE	6 732	35%	35%	21%	9%	0,9%	0,0%
SAINT MAURICE	4 653	24%	41%	25%	11%	1,9%	0,5%
CHI CRETEIL	1 896	23%	47%	23%	8%	0,7%	0,1%
FONDATION VALLEE	2 137	42%	37%	16%	6%	0,7%	0,0%
Echantillon	60 567	37%	37%	19%	7%	2,3%	0,1%

Résultats de la simulation ambulatoire enfants*

Raison sociale	CTUO	Tarif UO réforme	Éstimation % actes pris en compte dans le modèle
GHU	174	173	84 %
GHEF	161	176	64 %
PLAISIR	164	175	81 %
T. ROUSSEL	155	173	81 %
B. DURAND	239	178	88 %
ERASME	143	155	88 %
CH ST-DENIS	127	177	78 %
CH AULNAY	146	181	90 %
EPVE	198	178	86 %
SAINT MAURICE	128	159	75 %
CHI CRETEIL	159	158	78 %
FONDATION VALLEE	195	182	79 %
MOISSELLES	263	174	91 %
Echantillon	167	171	81 %

- ▶ Coût en majorité inférieur à la valorisation **MAIS** la totalité des actes n'est pas prise en compte par le modèle :
 - ➔ Les actes des assistantes sociales et des soignants hors IDE ne sont pas décomptés.
 - ➔ L'ensemble des actes liés à l'accompagnement, aux démarches et aux réunions cliniques pour les patients (actes D, A et R de la grille EDGAR).
 - ➔ Donc le « bonus » apparent de la valorisation permet au mieux d'équilibrer le financement de l'activité ambulatoire, au pire crée du déficit sur les activités non valorisées dans le modèle.

* CMP, CATTP, ambulatoire hors CMP (antennes de soins par exemple).

Les niveaux de soins Les travaux sur les structures de 2^e ligne

Anne Sophie Pernel-Fabienne Roos Weil

MISSION IGAS SEPT 2018

Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), des Centres Médico-Psychopédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)

« Cette mission s'inscrit dans le contexte d'un mouvement de réformes en matière de santé mentale (stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 et feuille de route en santé mentale et psychiatrie en juin 2018), ainsi qu'en matière de protection de l'enfance (stratégie nationale pour la protection de l'enfance et stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes (à venir) ».

Renvoie donc à Santé / Handicap / Protection de l'enfance.

Données introduction mission IGAS

- ▶ Pour 700 000 enfants suivis en 2016 :
 - » 401.000 en CMP
 - » 213.000 en CMPP
 - » 73.000 en Camsp
- ▶ « Les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ apportent aux enfants et aux adolescents des prises en charge essentielles pour l'accès aux soins, et qu'il convient de renforcer compte tenu, d'une part, des besoins croissants de soins et de la démographie médicale, et, d'autre part, de leur offre pluridisciplinaire, gratuite et à proximité des lieux de vie. »
- ▶ Sur les cinq dernières années, les moyens financiers alloués aux CAMSP ont augmenté de 21 % et ceux alloués aux CMPP de 8 %.
Cf DAF sanitaire.

Mission Igas : CMP/CMPP/Camsp : citations

- ▶ Les trois structures ont de nombreux traits communs, dans leurs missions, leurs publics et leurs équipes, l'analyse plus détaillée amène :
 - » **À différencier :**
 - Les CAMSP d'une part ;
 - Des CMP-IJ et CMPP d'autre part ;
 - Notamment en raison de l'âge des enfants pris en charge et de la place du somatique dans le métier des CAMSP.
 - » À noter une **convergence** de fait de l'offre des CMPP et des CMP-IJ, ces deux offres n'étant par ailleurs pas en mesure d'absorber l'ensemble de la demande.
 - » S'inscrivent chacune dans un environnement et une offre plus larges, et il est possible de recourir à une seule (structure) ou à aucune d'entre elles dans le parcours d'un enfant ou d'un adolescent.
- ▶ « **Si elle peut paraître rationnelle, l'hypothèse d'une répartition des publics par pathologie ou type de troubles n'est pourtant pas pertinente** ».
Diffère donc du Cahier Charges Nouvelle-Aquitaine.
- ▶ *A côté de la psychiatrie infanto-juvénile, il est nécessaire de maintenir une offre d'accompagnement psychosocial et/ou pédagogique.*

Recommandation n°1 : Confier à la CNSA et à la HAS l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques en matière de régulation des files actives qui soit commun aux CAMSP, CMPP et CMP-IJ.

- ▶ **Consulter au préalable** un médecin généraliste, un pédiatre ou une structure de premier niveau avant leur admission en centre.

- ▶ Avec une **procédure formelle d'adressage** pour les acteurs de premier recours en vue de l'admission en CAMSP, CMPP ou CMP-IJ.
- ▶ Généraliser la réalisation du premier entretien à l'entrée au centre par un professionnel autre que le médecin (psychologue, travailleur social ou infirmier psychiatrique) en amont de la première consultation médicale et sous la supervision du médecin.
- ▶ Développer une **grille d'analyse rapide** permettant d'évaluer en première intention le niveau d'urgence de la demande des enfants et adolescents en attente à l'appui du premier entretien.
- ▶ Réévaluer le projet de soins systématiquement au bout de **deux ans**.
- ▶ « Il s'agit de mettre en place une revue régulière entre pairs des dossiers des patients ayant une prise en charge d'une **longueur atypique dans les centres (supérieure à la moyenne de deux ans environ)**. L'objectif est à la fois de vérifier l'adéquation du projet de soins avec l'évolution des besoins de l'enfant ou de l'adolescent, et de s'assurer que celui-ci s'inscrit dans un projet de long-terme qui **implique soit une sortie du parcours de soins, soit un relais vers un dispositif pérenne**. À DISCUTER

Recommandation 2 : Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en charge dans les centres. Adapter la méthode d'auto-évaluation dite des « **patients traceurs** » pour la mettre en œuvre dans les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ : **Les CMPP s'associeront à leurs CMP-IJ de secteur**. (modalité de leur rapprochement) *Le pilotage sera assuré par le directeur de la qualité de l'établissement de santé.*

Recommandation n°3 : Garantir le **pluralisme des approches** thérapeutiques... dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Demander à la HAS de compléter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour la prise en charge des publics des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ.

Recommandation n°4 : Intégrer l'offre des CMPP et des CMP-IJ en une **offre unifiée de santé mentale** de proximité pour les enfants et adolescents.
Mettre en place une **plateforme de gestion** partagée des demandes d'admission, des premiers accueils et des pré-orientations (autre forme de rapprochement).

Recommandation n°5 : Repositionner les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ sur le niveau 2 de complexité tout en structurant les capacités des professionnels de premier niveau.

Renforcer les capacités et les compétences des professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pédiatres et professionnels paramédicaux libéraux, PMI, crèches, infirmières scolaires, etc.) en matière de prise en charge des troubles simples ou légers (niveau 1) et notamment de :

Généraliser les actions de formation et d'appui réalisées par les CAMSP, les CMPP et CMP-IJ auprès des acteurs de première ligne sur le handicap, la santé mentale et les troubles du neurodéveloppement (mission dite « ressource ») et les valoriser financièrement dans la tarification des actes, cf. *doc structuration SIP/SPH*.

Recommandation n°6 : Dédier un poste par territoire à la coordination d'un réseau de professionnels chargés de l'accueil et de la prise en charge des enfants et adolescents.

Recommandation n°7 : Renforcer et unifier l'information des familles accueillies dans ces trois structures sur leurs droits et les règles de prise en charge des enfants.

Recommandation n°8 : Renforcer l'accessibilité financière des prises en charge des troubles simples ou légers (niveau 1) en s'appuyant sur les expérimentations en cours.

» Rembourser les prises en charge par les psychologues cliniciens : prescription d'un forfait de 12 séances par un médecin traitant.

» **Elargir à l'ensemble des publics des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ le droit créé par le forfait « intervention précoce »** pour les troubles neuro-développementaux dans la Stratégie nationale pour l'autisme (2018-2022) à l'ensemble des enfants pris en charge au titre de la santé mentale.

Recommandation n°9 : Pluridisciplinarité des équipes professionnelles : renforcer l'attractivité des centres pour faciliter le recrutement de professionnels.

Recommandation n°19 : Sécuriser le financement des CAMSP (offre à développer).

Recommandation n°11 : Evaluer l'adéquation des financements aux besoins des centres, en s'appuyant notamment sur un diagnostic territorial :

» Créer et/ou transformer des places dans les établissements et services médico-sociaux de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte (MAS/SESSAD/IME/IEM, etc.) mobilisables en aval des centres, et ce notamment dans le cadre de l'école inclusive.

Recommandation n°12 : Meilleure assise épidémiologique.

Recommandation n°13 : Mettre en place, de façon coordonnée, des outils nationaux et régionaux de pilotage de l'évolution des centres.

» Réécrire, simultanément et dans le même esprit, les textes relatifs aux CAMSP aux CMPP et aux CMP-IJ en intégrant notamment les éléments suivants :

- Rappel des obligations en matière de pluralisme des approches thérapeutiques ;
- Respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) établies par la HAS et l'ANESM (cf. recommandation n°3) ;
- Référence à la charte des droits et responsabilités des patients et des familles (cf. recommandation n°7) ;
- Intégration de l'offre des CMPP et des CMP-IJ (cf. recommandation n°4) ;
- Adaptation du vocabulaire à la période actuelle.

Cahier des charges ??

Synthèse

- ▶ Valide la fonction essentielle des CAMSP/CMPP/CMP.
- ▶ Confirme la saturation des dispositifs liée aux nombreuses demandes.
- ▶ Reconnaît la crise démographique.
- ▶ Préconise le rapprochement CMP/CMPP.
- ▶ Réfute des répartitions par pathologie ou type de troubles du type cahier des charges des CMPP de Nouvelle-Aquitaine.
- ▶ Propose la prescription forfait précoce par les 2^e ligne.

▶ Evoque renforcement médico social et Camsp.

▶ **Vigilance++:**

- Soutient une durée courte dans « les centres » : durée moyenne 2 ans en supposant l'existence de structures d'aval en particulier médico-social.
- Propose réécriture des textes relatifs à chaque structure (cahier des charges ?).

TRAVAUX EN COURS DE LA DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE TSA TND

- ▶ 4 groupes de travail.
- ▶ Qui s'appuient plus ou moins sur certaines recommandations de la mission Igas.
 1. Droits et informations des patients et des familles : reco 7 et 8.
 2. Relation avec l'environnement : école-crèche (inclusion ; transmissions...).
 3. Articulation des lignes 1-2-3 et efficience de gestion des files actives.
 4. Objectivation de la qualité.

A priori destinés aux TSA TND exclusivement.

Impact sur le fonctionnement global des CMP/CMPP/Camsp ?

PLATEFORME COORDINATION ORIENTATION PCO

- ▶ Les PCO sont au nombre de 43 sur le territoire national et devraient couvrir tout le territoire à la mi 2021 (environ 90).
- ▶ La décision a été prise de déployer un **forfait 7-12 ans**.
- ▶ Analyse durant l'atelier 2019 et dans la revue de Info Psy article complet en avril 2020.
- ▶ **Lancement d'une enquête SIP/SPH sur les PCO et leur fonctionnement.**

PCO Rappel

- ▶ Définies par circulaire en décembre 2018, elles réalisent un nouveau circuit.
- ▶ Objectifs :
 - » de permettre des soins remboursés (forfait précoce) dans un délai rapide, et
 - » de développer les capacités d'alerte des professionnels de 1^e ligne
- ▶ Partent d'un point de vue très parcellaire de la clinique, ne tenant pas compte des fréquentes associations de troubles de développement.
- ▶ Procèdent après repérage hâtif à des orientations. L'adresse à un professionnel libéral est la seule citée dans le Guide de repérage (6).
- ▶ Risques : choix inadéquats par investigation trop sommaire et une perte de chance pour les situations complexes.
- ▶ Seule une politique d'amélioration du dépistage donc de formation des professionnels de 1^e ligne, en particulier des généralistes, permettra de poser les indications de manière adéquate...

CAHIER DES CHARGES CMPP NOUVELLE-AQUITAINE

- ▶ L'ensemble des CMPP de la région, qui exercent en partenariat avec le sanitaire public, sont mis en demeure de se consacrer exclusivement à une population élective, celle des enfants entrant dans la catégorie TND, et de couper court aux traitements engagés pour les autres.
- ▶ Aucun désaveu de ce cahier des charges régional n'a été exprimé au niveau national, y compris par le Ministère de la Santé pourtant largement interpellé.
- ▶ Nombreuses réactions par communiqués, manifestations, mobilisation locale et nationale, etc.

CAHIER DES CHARGES DES CMP 2020 du collège de pédopsychiatrie de la FFP / dossier structuration PIJ SIP SPH 2018

- ▶ Cahier des charges du collège pédopsy : publication prévue fin d'année 2020.
Fera des propositions constructives pour une réponse aux différents travaux en cours de nos tutelles.
- ▶ Rappel doc structuration SIP/SPH : actuellement dans les travaux cités pas de mention des structures intersectorielles à construire ou en activité, ni de l'ensemble des missions de service public

QUESTIONS DIVERSES

Démographie et formation à la psychiatrie infantile-juvénile constat d'une situation globale et démographique de la PEA non prise en compte malgré les annonces officielles

- ▶ Une maquette peu favorable depuis fin 2017, après un DESC :
 - » Choix précoce.
 - » Année supplémentaire en fin de phase d'approfondissement.
 - » Pas de revalorisation de l'acte de pédopsy.
 - » Pas d'exercice exclusif de la PEA pour ceux qui ont fait l'option.
- ▶ Un nombre de postes insuffisant : 144.
 - » Initialement 117 avant recours.
 - » Inférieur aux possibilités de formation proposées par les facultés (183).
 - » Répartis de façon inadéquate / Facultés sans Universitaires.
- ▶ Des facultés de médecine sans poste d'universitaire PEA donc sans possibilité de formation.
- ▶ Des commissions locales de coordination exclusivement gérés par la Psy G (sauf une) supprimant les agréments ou les affectations en PEA.

Sur le plan européen

- ▶ Au sein de l'UEMS (Union européenne des médecins spécialistes), la psychiatrie infantile-juvénile fait partie des 41 spécialités indépendantes reconnues, avec une section européenne séparée : UEMS-CAP (UEMS Child and Adolescent Psychiatry).
- ▶ L'UEMS a récemment publié de nouvelles normes en ce qui concerne la formation en psychiatrie infantile-juvénile : Training Requirements for the Specialty of Child and Adolescent Psychiatry, European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training, Avril 2014, (<http://www.uemscap.eu/training>) ainsi qu'un modèle de livre de bord européen de formation (UEMS Logbook Child and Adolescent Psychiatry, Janvier 2014, <http://www.uemscap.eu/training>).

ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL



APPEL À COTISATION SPH 2021

Cher(e) Collègue,

Dans la crise actuelle du monde hospitalier, l'importance des syndicats n'est plus à démontrer : en apportant informations, conseil juridique et accompagnement des médecins dans des situations professionnelles troublées par les évolutions de la gouvernance hospitalière et la mise à mal des solidarités. Mais aussi en organisant les actions collectives et en prenant une place dans la représentativité des corps professionnels face aux instances.

*Le SPH reste le premier syndicat des psychiatres publics quel que soit leur statut. Il soutient les psychiatres dans la **commission statutaire nationale** et le **conseil de discipline**, ainsi qu'au **Conseil Supérieur des Personnels Médicaux Hospitaliers** par l'intersyndicale APH dont il est un des acteurs majeurs et historiques au sein des autres disciplines de médecins hospitaliers pour défendre l'hôpital public.*

De nouvelles réformes vont advenir pour les statuts de l'exercice hospitalier et pour la psychiatrie. Le SPH s'investit pour être l'interlocuteur du ministère et des institutions en charge des politiques de santé : les membres du bureau participent au Conseil national professionnel de psychiatrie et aux différents groupes de travail touchant la psychiatrie.

Le SPH défend la discipline et anticipe ses évolutions aussi dans ses aspects scientifiques par la Société de l'Information Psychiatrique et la publication de l'Information Psychiatrique.

Le SPH s'engage, défend les droits (recours au Conseil d'Etat contre le décret Hopsyweb) et les principes d'égalité pour les plus démunis, en lien et en partenariat avec d'autres syndicats et les associations .

Le SPH, c'est vous, c'est nous : il est important d'adhérer, votre adhésion permet de défendre votre discipline.

Nous vous conseillons l'adhésion sécurisée en ligne sur votre site www.sphweb.fr/adhesion.

Vous recevrez automatiquement par mail votre attestation pour votre déduction fiscale.

Bien syndicalement.

***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](https://twitter.com/SPHtweeter)***

Créez votre compte Twitter en quelques clics sur www.twitter.com

La cotisation annuelle complète comprend l'adhésion au SPH, l'adhésion à la Société de l'Information Psychiatrique et l'abonnement à la revue mensuelle des Psychiatres des Hôpitaux l'Information Psychiatrique.

Réductions d'impôts

66 % de la cotisation annuelle au SPH est déductible de votre impôt sur le revenu au titre des versements effectués à un syndicat.

Cette déduction est complète pour les salariés ayant opté pour la déduction de leurs frais réels.

66 % de la cotisation à la SIP est déductible de votre impôt sur le revenu au titre des versements effectués à une association scientifique.

Avantage SIP

L'adhésion au SPH inclut l'adhésion à la Société de l'Information Psychiatrique : les adhérents SIP bénéficient d'une réduction d'au moins 20 % sur les tarifs d'inscription aux Journées annuelles de la SIP, et sur le tarif de toutes les formations organisées ou parrainées en régions par la SIP.

Paiement sécurisé en ligne sur : www.sphweb.fr/adhesion

Vous pouvez mettre en place le prélèvement automatique annuel de votre cotisation et son échelonnement sans frais.

Avantage Information Psychiatrique

Les adhérents du SPH bénéficient d'un tarif préférentiel d'abonnement à la revue de 71€ par an (au lieu de 177€) pour l'abonnement aux 10 numéros annuels de la revue.

Adhésion des internes **Faites le savoir !**

Les internes adhérents au SPH bénéficient de l'entrée gratuite aux Journées de la Société de l'Information Psychiatrique.

Première adhésion **Faites le savoir !**

Pour une première adhésion au SPH en 2021 :

- Entrée gratuite aux 39^{èmes} Journées Annuelles de la SIP à La Baule du 7 au 9 octobre 2021.
- Et un tarif préférentiel est proposé pour l'inscription à une session de DPC sur La Baule.

La première adhésion se prend uniquement sur le site sphweb.fr.

MONTANT DE LA COTISATION

Position statutaire	Cotisation	Position statutaire	Cotisation
Interne	96€	PH temps partiel Echelon 1 et 2 ou PH contractuel	144€
Praticien attaché – PAC Chef de clinique - Assistant	121€	PH temps partiel Echelon 3 à 6	205€
PH temps plein Echelon 1 et 2 ou PH contractuel	161€	PH temps partiel Echelon 7 à 13	250€
PH temps plein Echelon 3 à 6	302€	PH temps partiel Salarié ESPIC	198€
PH temps plein Echelon 7 à 13	344€	PH en retraite progressive	249€
PH temps plein Salarié ESPIC	289€	Honoraire (retraité)	139€

Cochez ici si vous ne souhaitez pas vous abonner à l'Information Psychiatrique, 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 et envoyer à :

Dr P.-F. GODET, Trésorier SPH
Les Calades - CH Saint Cyr
CS 15045
69450 Saint-Cyr-au-Mont-d'Or

Secrétaire : Aicha RAMDANI - secretariatsip2@gmail.com - Tél. : 04 72 42 35 98

Adhésion par chèque 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 → Echelon :
 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			
N°	Rue		
CS	BP	CP	Localité
Tél.			

Adresse postale personnelle

N°	Rue		
CS	BP	CP	Localité



ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ERASME



Situé au 143 avenue Armand Guillebaud, spécialisé en psychiatrie, 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 de 11 lits pour adolescents.

L'EPS ERASME RECHERCHE :

1 Praticien hospitalier à temps plein au pôle de psychiatrie adulte 92G21 exerçant au sein de l'Unité de Psychiatrie générale du pôle situé 143 Avenue Armand Guillebaud 92160 Antony. Possibilité d'exercer 4 demi-journées au CMP du pôle situé à Antony, 79, rue Prosper Legouté.

CONTACT : Docteur Jean-Paul METTON, *Chef de pôle* – jean-paul.metton@eps-erasme.fr

1 Praticien hospitalier à temps plein au pôle 92I05 de pédopsychiatrie ayant une activité partagée avec le service de pédiatrie de l'hôpital Ambroise Paré de l'AP-HP. Le PH exerce 6 demi-journées au CMP Boulogne situé 4 rue Saint-Denis 92100 Boulogne dont il est responsable et 4 demi-journées dans le service de pédiatrie de l'hôpital Ambroise Paré situé 9 avenue Charles de Gaulle 92104 Boulogne.

CONTACT : Docteur Nancy PIONNIE-DAX, *Chef de pôle* – nancy.pionnie-dax@eps-erasme.fr

1 Assistant spécialiste à temps plein exerçant à 8 demi-journées au sein de l'Unité intersectorielle Eugène Minkowski du pôle 92G21 situé 143 Avenue Armand Guillebaud 92160 Antony et 2 demi-journées au SAU de l'hôpital Antoine Béclère (AP-HP) situé 157 Rue de la Porte de Trivaux, 92140 Clamart.

CONTACT : Docteur Jean-Paul METTON, *Chef de pôle* – jean-paul.metton@eps-erasme.fr

1 Assistant spécialiste partagé entre le EPS Erasme l'Hôpital Antoine Béclère exerçant à 5 demi-journées au sein du CMP de Meudon situé 11 rue de la république 92190 Meudon et 5 demi-journées au sein du service de pédiatrie de l'hôpital Antoine Béclère à Clamart 157 Rue de la Porte de Trivaux, 92140 Clamart.

CONTACT : Docteur Nancy PIONNIE-DAX, *Chef de pôle* – nancy.pionnie-dax@eps-erasme.fr

Possibilité de participer :

- À la permanence des soins de l'établissement (Antony) et/ou service des urgences de l'hôpital Béclère.
- À l'unité recherche de l'établissement.



2 POSTES DE PRATICIEN CONTRACTUEL OU PRATICIEN HOSPITALIER MIS À DISPOSITION AVANT MUTATION

LE CENTRE HOSPITALIER « FONDATION VALLÉE »,

à GENTILLY (Limitrophe de Paris - Accès RER B, Tramway T3, Bus), service hospitalo-universitaire, spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile **recherche**,

2 PRATICIENS RESPONSABLES
d'unité fonctionnelle à pourvoir immédiatement

POUR TOUT RENSEIGNEMENT ET POUR FAIRE ACTE DE CANDIDATURE, S'ADRESSER AU

Dr R. BUFERNE, Chef du Pôle Intersectoriel, Fondation Vallée, richard.buferne@ch-fondationvallee.fr

● **Un poste de praticien à temps plein de médecin responsable d'une unité de soins intégratifs (USI)** de 10 places pour adolescent(e)s âgé(e)s de 15 à 18 ans en hospitalisation de semaine (0,5 ETP) et de médecin consultant en Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents au Kremlin-Bicêtre (0,5 ETP).

En fonction du profil du candidat, ce poste de praticien hospitalier à plein temps pourra être associé à des fonctions de chef de pôle.

● **Un poste de praticien à temps plein à 0,6 ETP en pédopsychiatrie de liaison** au CHU du Kremlin Bicêtre et à 0,40 ETP en qualité de consultant au CMP de Gentilly.

L'ULPIJ (Urgences et Liaison en Psychiatrie Infanto-Juvenile), est une unité assurant la pédopsychiatrie de liaison au sein du CHU de Bicêtre ainsi que des hospitalisations (8 lits) pour des adolescents en crise. Dans vos fonctions vous serez amené-e à assurer un travail de liaison au sein des SAU pédiatrique et adulte (>16 ans), ainsi que dans les services du CHU (médecine ado, pédiatrie générale...). L'équipe médicale comprend 3 internes, un CCA et un autre PH (0.6 ETP) pour assurer l'ensemble de ces missions.



Astreintes opérationnelles de nuit une fois par mois. Gardes dans l'unité d'Urgence et de Psychiatrie de Liaison de la Fondation Vallée implantée dans le CHU du Kremlin Bicêtre sur la base du volontariat (Rémunérées en Temps de Travail Additionnel de Nuit - 480 €).



établissement public de santé de **Ville-Evrard** spécialisé en santé mentale Seine-Saint-Denis

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ DE VILLE-EVRARD

recrute des **PSYCHIATRES H/F**

Praticiens hospitaliers, praticiens contractuels, praticiens attachés et assistants des hôpitaux. Inscrits au Conseil de l'Ordre, autorisation d'exercice. (PAE - décret n°2020-1017 du 07/08/2020).



Possibilité d'attribution de la PECH (Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière).

Postes à pourvoir sur plusieurs villes de la Seine-Saint-Denis dont : Aubervilliers, Bagnolet, Bobigny, Bondy, Neuilly-sur-Marne, Pantin, Saint-Denis ...

CONTACT : rhmedicales@epsve.fr

Visitez notre site internet : www.eps-ville-evrard.fr



Le Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud, établissement de la Fondation Santé des Étudiants de France, à Bouffémont (95)

RECRUTE pour sa Clinique Médico-Psychologique, spécialisée dans la prise en charge Soins-Études pour adolescents et jeunes adultes (15-25 ans) :

2 Médecins Psychiatres (H/F)
dont 1 Chef de Service

CDI
temps plein

Les principales missions sont les suivantes

- Conduite de la prise en charge médicale et pluridisciplinaire du patient et de son projet thérapeutique. Travail d'évaluation, de suivi individuel, familial, de synthèse clinique et d'orientation. Coordination des différents intervenants et articulation des volets de la prise en charge et lien avec le service référent.
- Participation à la continuité médicale par des astreintes à domicile, en renfort de la garde sur place, effectuée par des psychiatres dédiés (il existe également une garde de médecine somatique).

Missions spécifiques au Médecin Chef de Service

- Encadrement de la vie institutionnelle et de la cohésion du fonctionnement pluridisciplinaire. Gestion et coordination de l'activité médicale du service en lien avec l'équipe et le cadre de santé.
- Élaboration du projet médical du service en cohérence avec le projet d'établissement et de la Fondation et les approches thérapeutiques adéquates ; assurer l'activité et concourir à son développement notamment en s'inscrivant dans un travail de réseau avec les services adresseurs. Animation des échanges et projets au sein du Pôle.
- Participation à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge, via votre implication dans le développement des bonnes pratiques professionnelles, dans les commissions et instances de l'établissement.

Profil des candidats

Diplôme d'État en Psychiatrie, inscription à l'Ordre des Médecins. Expérience souhaitée dans le domaine de l'adolescent et du jeune adulte et du soin psychiatrique en milieu institutionnel. Compétences en management d'équipes et en conduites de projets.

Postes à pourvoir immédiatement

Rémunération selon CCN FEHAP 51 - (18 RTT). Possibilité de détachement.

Candidatures :
Mr Frédéric JAMBON, Directeur du CMPJA
recrutement.medical.cmpja@fsef.net

Renseignements :
Dr Maurice ADJAHOSSOU, Coordonnateur Médical
Tél. : 01.39.35.33.17 (Mobile 06.22.72.08.11)
maurice.adjahossou@fsef.net
CMPJA, 5 rue Pasteur, 95570 Bouffémont - Tél. : 01.39.35.35.35 - www.fsef.net





GEORGES DAUMÉZON
Établissement Public de Santé Mentale du Loiret

UN PSYCHIATRE en UHSA,
UN PSYCHIATRE de la personne âgée
et **UN PÉDOPSYCHIATRE**

Si vous êtes un praticien intéressé par un exercice professionnel motivant dans un cadre de qualité de vie au travail, **rejoignez-nous !**

À l'EPSM Georges Daumézon :

- **On s'investit dans la qualité de vie au travail :** Exercice à plusieurs médecins au sein d'une unité ; formation des médecins au management ; aides à l'installation (accès au logement, à la crèche) ; conciliation vie pro-vie personnelle ; commission QVT...
- **On vous accompagne dans la trajectoire de carrière :** Diversification des pratiques (TCC, remédiation cognitive, thérapie familiale, psycho-traumatisme...); prise en considération de vos souhaits et projets professionnels ; évolution statutaire ; accès à la formation.

L'EPSM Georges Daumézon, c'est aussi :

- Une communauté médicale **ouverte et respectueuse** des orientations cliniques de chacun.
- **Un établissement attractif** auprès des internes.
- **Des projets dynamiques** tournés vers le rétablissement, la prise en charge précoce, l'égalité et l'accès aux soins de tous (ex : équipe mobile de l'enfant et de l'adolescent ; équipe mobile de gériopsychiatrie ; Centre support régional de réhabilitation psycho-sociale ; appartements d'insertion post pénal ; parcours 16-25 ans) .

A 1 heure au sud de Paris, Orléans offre une qualité de vie agréable avec tous les avantages d'une capitale de région dynamique et la proximité de la campagne.



SI VOUS ÊTES DAUMÉZON COMPATIBLE, CONTACTEZ :

Mme le Docteur RESTELLI, Présidente de la CME
Tél. : 02 38 60 57 54 - srestelli@ch-daumezon45.fr

Mme BILLET, Directrice adjointe aux Affaires Médicales
Tél. : 02 38 60 79 01 - affairesmedicales@ch-daumezon45.fr



CLINIQUE KER YONNEC (Champigny - 89)

RECHERCHE

**un Psychiatre
et un Généraliste
en activité libérale.**

Établissement de psychiatrie adulte privé indépendant de 200 lits et places possédant un service d'hospitalisation complète dont une unité de psychogériatrie, un hôpital de jour et de nuit, un service de sismothérapie de référence régionale.

Structure moderne de grand confort située dans une vallée verdoyante à 100 km au sud de Paris (entre Fontainebleau-77 et Sens-89).

Les médecins partagent leur temps entre l'activité hospitalière et leur consultation privée.



ADRESSER VOTRE CANDIDATURE À :
Gwenaële Sauzay - Directeur Général
direction@keryonnec.com - 03 86 66 66 80

Site Web : www.keryonnec.com



UN MÉDECIN PSYCHIATRE (C.D.I TEMPS PLEIN/TEMPS PARTIEL)

> 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



LA FONDATION JACQUES CHIRAC



RECRUTE :

UN MÉDECIN PSYCHIATRE (H/F)

CANDIDATURE À ENVOYER À :

Michel VERGNE, Directeur Général
Fondation Jacques CHIRAC
16, bd de la Sarsonne - 19200 USSEL
05 55 46 32 00 - siege.usssel@fondationjacqueschirac.fr

Types établissements : Établissement pour enfants et adolescents handicapés, Maison d'Accueil spécialisée, Foyer Occupationnel, Foyer d'Accueil Médicalisé, ESAT (Établissement et service d'aide par le travail), SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale), SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés).

Diplôme : Diplôme d'études supérieures en psychiatrie, D.E de docteur en médecine.

Type de contrat : CDI à temps plein.

Grade (CCNT 66) : Médecin spécialiste.

Poste à pourvoir le 16 mars 2021.



Vous recevrez la fiche descriptive des missions de cet emploi en retour de votre candidature.

LE CENTRE HOSPITALIER GÉRARD MARCHANT À TOULOUSE

Établissement spécialisé en psychiatrie.

RECRUTE

1 PSYCHIATRE

à temps plein (à 50 % à l'UCHA et 50 % à l'Hôpital de Jour de CUGNAUX). Le poste est à pourvoir immédiatement au Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile.

Poste de Praticien contractuel ou de Praticien dans le cadre du tour de recrutement statutaire de l'automne 2020.

Des renseignements sur ces postes peuvent être obtenus auprès du Dr CALVET-LEFEUVRE Jocelyne,
Chef du Pôle Infanto-Juvenile - Tél. : 05.61.43.78.72



Les candidatures avec CV sont à adresser à :
Madame le Directeur des Ressources Humaines
CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT
134 Route d'Espagne - BP 65714
31057 TOULOUSE CEDEX 1
secretariat.drh@ch-marchant.fr



RECRUTEMENT

D'UN(E) MÉDECIN PSYCHIATRE



Convention collective 66
CDI 0.90 ETP

Collaborations possibles entre confrères de la même association.
Large réseau hospitalier dans la région toulousaine.

Proche de TOULOUSE, vous serez cadre au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Vous accompagnerez en individuel ou en groupe les jeunes des trois services de l'IME âgés de 3 à 20 ans, porteurs de déficience intellectuelle légère ou moyenne avec ou sans troubles associés. (Internat/semi-internat - Sessad - Accueil de jour TSA).

Dans le respect du projet de l'établissement et de la diversité du public, et en lien avec l'équipe de direction, vous assisterez les équipes en accompagnant les réflexions sur les projets individuels de l'enfant et de sa famille.

MISSIONS DANS LE CADRE DE L'IME

- ~ Rôle institutionnel.
- ~ Soutien aux équipes.
- ~ Aide à l'élaboration des projets personnalisés des enfants, adolescents et jeunes adultes.
- ~ Coordination des soins psychiatriques.
- ~ Liens avec les familles.

CONNAISSANCES REQUISES

- Diplôme d'État de psychiatrie ou pédopsychiatrie Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.
- Connaissance des troubles envahissants du développement et troubles du spectre autistique.
- Intérêt pour le travail institutionnel, pour le travail en équipe pluridisciplinaire (éducateurs, psychologues...) et le travail en réseau.
- Ouverture sur différentes approches : comportementalistes, psychanalytiques, neurodéveloppementales.



ÉCRIRE À :

s.cros@anras.fr
ANRAS I.M.E SAINT-JEAN
Madame CROS
4 avenue des Pyrénées
31830 PLAISANCE-DU-TOUCH

CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN

(82 TARN ET GARONNE) RÉGION OCCITANIE

50 Kms de Toulouse par autoroute

RECHERCHE

Un médecin psychiatre

POUR SON PÔLE DE PSYCHIATRIE ADULTE :

Activité de secteur, CMP et d'hospitalisation.

Ce poste est à pourvoir dans l'établissement pivot du département.

LES CANDIDATURES ET CV SONT À ADRESSER À :

Madame la Directrice des Affaires médicales
100 rue Léon Cladel - 82013 MONTAUBAN

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

vous pouvez contacter pour la Psychiatrie adulte :
Docteur Chantal MARTINEZ - 05 63 92 81 92



SAUVEGARDE 13

RECRUTE POUR IME Vert-Pré

1 PSYCHIATRE

à temps plein ou partiel (H/F)

www.sauvegarde13.org

Les candidatures (C.V. + lettre de motivation) sont à adresser à : sandy.langanne@sauvegarde13.org

A compétences égales, priorité aux personnes bénéficiant d'une reconnaissance de travailleur handicapé



Sous la responsabilité de la Directrice, le Médecin Psychiatre a pour missions :

- Travail clinique et institutionnel auprès d'une population de 122 enfants et adolescents de 6 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle avec troubles associés.
- Coordination avec l'équipe médicale, paramédicale, psychologique.

- Participation à l'élaboration des Projets Personnalisés d'Accompagnement, mise en œuvre du projet thérapeutique.
- Responsabilité de la permanence des soins, orientation et coordination des soins, élaboration clinique.
- Participation à la Commission d'Admission.
- Accompagnement des familles et Collaboration avec les institutions extérieures.

QUALIFICATIONS ET QUALITÉS REQUISES

- Titulaire du CES/DES de Psychiatrie, orientation psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent.
- Connaissance du secteur médico-social indispensable.
- Être titulaire du permis B.

Rémunération et reprise d'ancienneté sur la base de la Convention 1966, sur la grille des Médecins spécialistes.



SAUVEGARDE 13

RECRUTE pour le
Dispositif de PROTECTION DE L'ENFANT – Marseille
www.sauvegarde13.org

Le Médecin Pédopsychiatre participe à l'exercice de la mesure d'AEMO selon une approche interdisciplinaire, apporte un éclairage dans le domaine de la pédopsychiatrie et du soin :

En intervenant auprès des équipes, en participant, si besoin, aux réunions de projet socioéducatif ou des réunions de réflexion clinique organisées pour chacune des équipes. Il est amené à animer une réflexion clinique associant les psychologues du service, ainsi qu'à participer à des réunions associant les chefs de service et la Direction, réunions visant à harmoniser les interventions pluridisciplinaires.

PÉDOPSYCHIATRE (H/F)

CDI MI-TEMPS (17h30 hebdomadaire).
Rémunération et reprise d'ancienneté sur la base de la Convention 1966, sur la grille des Médecins spécialistes.

Profil :

- Titulaire du doctorat d'État en médecine et spécialité en psychiatrie/pédopsychiatrie.
- Capacités rédactionnelles d'écrit professionnel, accessible à la lecture du magistrat et des usagers.
- Connaissance du monde judiciaire, de l'assistance éducative, du secteur de la Protection de l'Enfance appréciée.

Les candidatures (C.V. + lettre de motivation) sont à adresser à christophe.giordani@sauvegarde13.org

**A compétences égales, priorité aux personnes bénéficiant d'une reconnaissance de travailleur handicapé*.*



Le GHER de La Réunion, situé dans l'Est de l'île et bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes.

RECRUTE

Un Médecin ADDICTOLOGUE

Poste à temps plein - À pourvoir DÈS QUE POSSIBLE

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40 %).

Prise en charge du billet d'avion Métropole/Réunion.

Le service d'addictologie est un service de Soins de Suite et Réadaptation en hôpital de semaine avec une capacité de 10 lits.

Le GHER dispose également d'une équipe de liaison et de soin en addictologie (ELSA) reconnue au sein de l'établissement et de 20 lits d'hospitalisation de jour pour 5 journées par semaine.

Le service assure également des consultations externes d'addictologie.

CONTACT ET CANDIDATURE :
Par mail à la Direction
des Affaires Médicales
affaires.médicales@gher.fr



**AUX PORTES DE PARIS
ÉTABLISSEMENT SUPPORT
DU GROUPEMENT
HOSPITALIER
DE TERRITOIRE
« Psy Sud Paris »**



**Le Groupe Hospitalier
Paul Guiraud RECRUTE**



DES MÉDECINS H/F
inscrits au Conseil de l'Ordre



SITE DE CLAMART

SITE DE VILLEJUIF

Le Groupe Hospitalier Paul Guiraud assure une **mission de service public en psychiatrie adulte** réparti sur 11 secteurs de psychiatrie générale, cinq 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 extrahospitalières**, **808 lits et places** et de **deux sites d'hospitalisation** (Villejuif, Clamart). À cette offre sectorielle s'ajoute une **unité pour malades difficiles (UMD)** de 80 lits, une **UHSA** de 60 lits, **1 service médico-psychologique régional (SMPR)** à la prison de Fresnes avec 47 places d'hospitalisation de jour, **1 service d'addictologie** intervenant dans le champ sanitaire (hospitalisation temps plein et de jour) et **médico-social (CSAPA)**, un service de **médecine générale** et de spécialités. L'établissement est présent aux urgences psychiatriques des hôpitaux Bicêtre, Antoine Bécère et Ambroise Paré.

Le projet médical du GH Paul Guiraud intègre toutes ces dimensions et permet aux professionnels, psychiatres en particulier, de **s'intégrer dans une pratique sectorielle ou intersectorielle**, grâce notamment aux projets développés sur les différents territoires desservis :

- **Réhabilitation psychosociale**, incluant le développement de la **remédiation cognitive** et le renforcement des propositions d'**éducation thérapeutique**, de **psychoéducation**, mais encore la thérapie familiale.
- Pratiques d'aller vers, dans des approches populationnelles (**public précaire** (2 EMPP), **sujeux âgés** (1 EMPSA 94, 1 en cours de mise en œuvre au centre 92), **grands adolescents-jeunes adultes**, **handicap psychique**...) mais encore avec différentes **équipes mobiles de soins intensifs dans le milieu**.
- **Partenariats** étroits et travaillés avec les acteurs du secteur **médico-social** pour faciliter des parcours de santé et de vie sans rupture.
- Inscription dans des pratiques en réseau ouvertes sur la ville et les usagers : Plusieurs **CLSM**, développement de la **pair-aidance**.
- Mise en œuvre de consultations **spécialisées**, comme pour la prise en charge du **psychotraumatisme**.
- Les partenariats avec les autres établissements de santé, dont le **GHU Paris Saclay**, mais encore au sein du **GHT** avec l'**EPS Erasme** et le **CH Fondation Vallée** (pédopsychiatrie).
- Le développement des possibilités de **télé expertise** et de **télé consultations**...

En travaillant au GH Paul Guiraud, vous intégrerez un collectif de travail qui ambitionne à une qualité des soins entendue au sens large, incluant :

- La dimension **intersectorielle**, la diversité des prises en charge et la qualité de leur articulation.
- Une qualité de l'articulation **intra et extra hospitalière**.
- Des parcours réfléchis et coordonnés pour patients et la notion de continuité dans le travail engagé.
- Des dispositifs extrahospitaliers ambulatoires proposés aux patients dont la majorité a été **rénovée ou reconstruite** au cours des 10 dernières années.
- Différents dispositifs qui étayent l'offre de psychiatrie générale.
- L'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, la promotion des droits des usagers (**label droits des usagers en santé**) et la dynamique de relations avec ces derniers.

- **ASSISTANTS SPÉCIALISTES** en psychiatrie
- **ASSISTANTS SPÉCIALISTES** en médecine générale
- **PRATICIENS HOSPITALIERS** temps plein en qualité de titulaire ou de contractuel en psychiatrie et en pharmacie
- **PRATICIENS HOSPITALIERS** temps partiel en qualité de titulaire ou de contractuel en psychiatrie
- **MÉDECINS DU TRAVAIL**

Venez participer à nos projets dans un cadre de travail agréable.

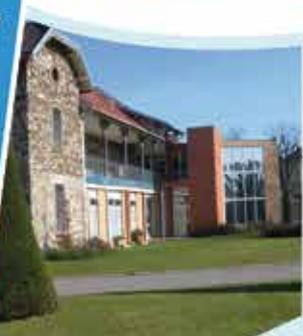
Prime d'engagement de carrière Hospitalière possible (PECH de 20 000€) sur certains postes.

Vous pouvez contacter

Mme Sophie NIVOY, Responsable du service des affaires médicales pour un échange personnalisé et confidentiel au **01 42 11 71 76** affairesmedicales@gh-paulguiraud.fr

Les + du groupe hospitalier Paul Guiraud

- Une prise en charge de formation identique quel que soit le statut.
- La possibilité d'évolution professionnelle rapidement vers la titularisation dans le cadre de collaborations harmonieuses.
- Un internat récent, lieu de vie et de restauration de la communauté médicale.
- De grands espaces aux portes de Paris, accessibles par les transports en commun.



www.gh-paulguiraud.fr

ENVOYEZ VOTRE LETTRE DE CANDIDATURE, accompagnée d'un C.V. 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.