

**CHAPITRE I – PRESENTATION DU SERVICE
CHEF DE SERVICE
DR PARESYS**

1 – Dénomination du service

- **Dénomination officielle**

5^{ème} service – Secteur 59 G 04

- **Dénomination de fait donnée par vous, telle qu'elle apparaît par exemple sur le papier à en-tête**

Service de Psychiatrie du Secteur Gravelines – Grande-Synthe

2 – Les locaux

- **Nombre de lits :** 40
- **Nombre de chambres à 1 lit :** 6 + 6 = 12
- **Nombre de chambres à 2 lits :** 7 + 8 (1 pour HN)
- **Nombre de structures alternatives (nombre de places)
Maison Thérapeutique** 8
2 CMP – CATTP (1 à Gravelines et 1 Grande-Synthe)
- **Nombre de salles de soins des infirmières :** 4
- **Nombre de secrétariats :** 4
- **5 lits HJ+2 nuits non déterminés**

3 – Personnel du service

- **Personnel médical**

- * **PH temps plein :** 7 *
- * **Assistants :** 0
- * **Attachés :** Nombre de vacances : 0
Nombre de vacataires : 0
- * **Interne de spécialité :** 1
- * **Interne en Médecine Générale** 1

* + qualification pour le résident

*** Commentaires éventuels sur l'évolution**

Des effectifs depuis 5 ans :

Si l'évolution reste positive, elle reste très fragile et très en dessous de la moyenne nationale alors qu'il n'existe aucun psychiatre d'exercice libéral sur le secteur.

7,5 ETP de psychiatres restent le minimum nécessaire.

(* dont 1 de médecine polyvalente)

- Personnel infirmier

* Nombre de surveillants	4
* Nombre d'infirmiers	65 soit 63,85 ETP
* Nombre d'aides-soignants	7 soit 5,80 ETP

Ici, l'appauvrissement de l'environnement soignant se poursuit de manière inacceptable pour la qualité des soins et plus particulièrement la disponibilité pour les patients (cf. chapitre III, rapport lié au bilan quinquennal).

- Personnel administratif

* Nombre de secrétaires	6
-------------------------	---

- Autres catégories de personnel

* Psychologue :	3
* Assistante Socio-Educative	2
* Psychomotriciennes	2
* Educateur (trices)	3

Environ 40 % de temps plein sont maintenant consacrés à l'activité ambulatoire ou en alternative à l'hospitalisation temps plein contre 32 % en 2004 et 15 % en 1999.

CHAPITRE II – ORGANISATION DU SERVICE

- **Le service est-il divisé en unités ?**

- * **Si oui, nombre :** 5 unités d'hospitalisation
- * **Type d'activités :** 4 UF mais 6 unités :
 - 3 en hospitalisation temps plein
 - 1 Maison Thérapeutique
 - 2 CMP - CATTTP

- **Avez-vous créé des pôles d'activités ?**

Pas dans le sens hôpital 2007 mais dans le cadre d'une attention particulière pour ces groupes et l'adaptation du dispositif sectoriel à leurs besoins.

- champ toxicomanie
- champ alcoologie
- champ troubles des conduites alimentaires
- champ gérontopsychiatrie
- champ psychiatrie de liaison
- champ psychiatrie et handicap
- champ accréditation et qualité
- champ psychiatrie et précarité
- champ suicidant
- champ périnatalité

- **Avez-vous délégué à certains de vos collaborateurs une partie de vos responsabilités de chef de service ?**

Chaque praticien hospitalier en psychiatrie réfèrent d'un ou plusieurs des champs et/ou est responsable d'une UF ci-dessus.

- **Le service fait-il partie d'un département ?**

- * **Préciser lequel :** Non

CHAPITRE III – ACTIVITE DU SERVICE

RAPPORT LIE AU BILAN QUINQUENNAL

1/ INTRODUCTION

Nous introduisons le rapport 2006 comme suit :

« La médicalisation de l'information à des fins budgétaires et les budgets fléchés présentent les mêmes dangers par la tentation inévitable de sélectionner des catégories de patients et/ou de soins rentables... Les budgets fléchés entraînent par ailleurs des effets pervers avec un appauvrissement secondaire et une réorientation de l'offre le plus souvent inadaptée aux besoins... Après l'échec de l'expérimentation du PMSI en psychiatrie pour déboucher sur une T2A en psychiatrie, la généralisation du recueil d'informations médicales en psychiatrie (RIM-Psy) prévue début 2007 représente un passage en force qui ne peut s'expliquer que par la volonté d'habituer les services de psychiatrie à recueillir des données "en routine", sans s'interroger sur leur pertinence, favorisant le passage d'une psychiatrie du sujet à une psychiatrie de la traçabilité des actes. Au passage vont continuer à se constituer de grands fichiers nominatifs avec des données sensibles, dans tous les établissements psychiatriques et l'impossibilité de garantir la confidentialité.

Cette orientation ne peut qu'être rapprochée de l'accentuation forte du contrôle social proposé par la loi «dite» de prévention de la délinquance.

Par son atteinte au secret professionnel, cette loi rend tout espace de travail et d'élaboration impossible, elle encourage le renoncement aux soins et renforce les possibilités de discrimination dans l'accès au logement, au travail et à l'ANPE.

Il est donc indispensable que nous favorisons la lutte contre la discrimination qui touche le plus souvent les patients suivis par une équipe de psychiatrie. Cette confusion existe jusque dans les services d'urgence où la disponibilité trop grande d'équipes de psychiatrie ne fait que favoriser l'attitude discriminatoire de certaines équipes qui assurent souvent leur fonction généraliste de manière plus que limitée auprès des patients «étiquetés psy».

Toutes les filières dites « spécifiques » présentent cet inconvénient et favorisent l'exclusion des patients des dispositifs généralistes. On retrouve ainsi cette politique discriminatoire au Conseil Général vis-à-vis de l'accès aux structures médico-sociales : accueil familial, foyer, de CAT, Maison de retraite avec dérogation à l'âge, mais aussi au logement social par le biais des commissions d'attributions du FSL ou du cautionnement (en faisant notamment pression sur les postulants pour obtenir des éléments de diagnostic : « Etes vous schizophrène ? Avez-vous des tendances suicidaires ?, ou encore à l'ANPE où on encourage les personnes suivies à se désinscrire, probablement pour pouvoir enjoliver les chiffres du chômage.

Il n'est pas non plus acceptable alors que la dotation régionale se trouve partout au-dessous de la moyenne nationale que l'ARH engage dans la perspective du budget, et avec la complicité des administrations, une comparaison entre les établissements ou les équipes sur la base d'activités (que ce soient les sorties en ville ou les journées d'hospitalisations, etc.), ce qui n'exclut pas bien sûr le contrôle de l'activité. A quand la même compétition entre les services (pôles-secteurs, entre les UF, voire entre chaque agent ?).

Il n'est pas question pour nous de participer d'une quelconque façon à des orientations aussi éloignées de notre mission et de permettre le renforcement d'une discrimination dans l'accès ou dans la qualité des soins en fonction du diagnostic, de l'âge, de la catégorie sociale, du niveau de dépendance, de la situation géographique etc... La saisie de l'information sera donc la plus réduite possible et le rapport annuel réduit à sa plus simple expression ».

Si les indicateurs ont tous une valeur, aussi nombreux soient-ils, ils ne permettent que d'élaborer des hypothèses sur l'activité et l'organisation d'une équipe. Vouloir en tirer une sorte de vérité sur la qualité du travail, les besoins de la population, la pertinence d'un dispositif etc... est une imposture. Vouloir en tirer des orientations budgétaires constitue une manipulation supplémentaire qui ferait sourire si elle n'était pas extrêmement dangereuse ... faut-il rappeler l'avis du CCNE à propos de la T2A ? : « en privilégiant la comptabilisation des actes techniques au détriment de l'écoute ou d'examen cliniques longs et précis, elle conduit à considérer comme « non rentables » beaucoup de patients accueillis notamment en médecine générale, en psychiatrie, en gériatrie ou en pédiatrie ».

La seule vérité est belle et bien politique ... Quelle exigence de service public et quels moyens pour y répondre ?

Le seul indicateur à peu près valable dans ce cadre demeure le nombre d'euros à l'habitant, qui, s'il montre des écarts entre EPSM en montreraient aussi avec les autres régions et plus encore si l'on intègre la réponse privée et/ou de ville.

Mais peu importe, l'objet n'est pas ici pour nos tutelles d'améliorer le dispositif mais de donner l'impression de faire des économies (car bien sûr il s'agit d'une vision à court terme) en réduisant progressivement la dotation globale. Nous pourrions considérer comme indicateur l'état de santé de la population ou le nombre de jours d'arrêts de maladie sur un territoire donné ; mais là encore, des disparités existeront eu égard à la résistance variable des généralistes aux injonctions de l'Etat et de la Sécurité Sociale ne visant que la diminution coûte que coûte la durée de ces arrêts. A celle-ci s'ajoute le renoncement aux soins (particulièrement en hospitalisation), conséquence des coûts des franchises et du forfait hospitaliser, constituant ainsi de véritables bombes à retardement... Le coût différé pour la santé, tant individuel que collectif n'en sera que plus important. Mais peu importe, on nous proposera alors une nouvelle coupe dans le budget de la solidarité au prétexte de boucher un certain trou ... Est-il vraiment utile d'ajouter quelque chose ?... De quoi veut-on nous rendre complices ?

2/ QUELQUES INDICATEURS

Sur 14 ans entre 94 et 2008, l'équipe du secteur 59 G 04 aura permis l'accès aux soins dans le cadre de la politique sectorielle d'environ 8 450 patients soit 11,4 % de la population. Chacune des 5 dernières années a vu 0,79 à 1 % de la population formuler une nouvelle demande auprès de l'équipe.

La file active était ces 5 dernières années comprise entre 1 651 et 1 869 avec une moyenne de 1 785.

L'équipe a accueilli en 2008, 573 admissions dont 163 pour les autres secteurs (1 054 en 5 ans soit une moyenne de 210 par an). Le nombre des admissions se situe généralement entre 550 et 650, les variations étant essentiellement liées à l'accueil des patients des autres secteurs. Déception pour un comptable et satisfaction pour l'équipe la diminution du nombre de journées d'hospitalisation temps plein (à situation égale) se poursuit (11 645 j en 2008, 12 412 en 2003 et 21 076 en 1999) et a permis la fermeture d'une unité avec passage de 45 à 40 lits sans difficultés notables pour ce qui concerne la capacité à accueillir (au niveau quantitatif).

Cette évolution est la conséquence du développement de l'activité ambulatoire et de liaison pour les aspects positifs, au renoncement aux soins pour des raisons financières ou parce que la distance entre

les lits et le domicile des patients (50 à 70 km) reste inchangée nous conduisant à renoncer à des hospitalisations utiles pour les patients.

3/ LES DYSFONCTIONNEMENTS

A/ La dotation et les orientations thérapeutiques

L'équipe du secteur 59 G 04 a fait le choix de prendre en charge dans des mêmes lieux, l'accueil et l'hospitalisation (y compris la prise en charge de la « chronicité ») de tous les patients, quels que soient l'âge, le handicap, ou la pathologie. Il s'agit là d'un choix institutionnel permettant d'éviter la discrimination, le morcellement des prises en charge et les tensions qui y sont liées, mais aussi d'adapter la prise en charge (et donc la surveillance) individuellement, en disposant d'une équipe plus dense (en évitant la dispersion dans différentes unités) et, par là-même, plus sereine. Il vise à remplir notre obligation à apporter des soins à une population, car c'est d'abord cela la politique de secteur.

Cette organisation nous a, par ailleurs, permis d'accueillir de nombreux patients d'autres secteurs du fait du caractère polyvalent des lits (plusieurs centaines d'admissions ces dernières années). L'équipe a dû, pour chaque patient considéré comme unique, adapter la prise en charge à la clinique et à la situation institutionnelle. Elle n'a jamais cherché à échapper à l'aigu, comme au chronique ou au nursing.

Or, l'équipe paie ici (du fait des choix de l'Administration), cette organisation, et se trouve ainsi doublement pénalisée. Pénalisée par la charge qui lui est ainsi imposée, elle se voit appliquer un standard de « ratio lit » qu'autorise le peu de morcellement de celle-ci. Autrement dit, et pour employer un « gros mot », la qualité de sa gestion est à l'origine même des ponctions dont elle est l'objet.

Nous avons le devoir de ne pas nous soumettre à une politique qui efface l'individu qu'il soit soignant ou patient. Le service public a une position à tenir dans la défense déjà sérieusement mise à mal, de l'égalité d'accès aux soins. Or, il s'agit ici clairement de favoriser la survenue de dysfonctionnements pour mieux le réduire et le détruire. La course aux chiffres valorise les dysfonctionnements puisqu'elle permet par l'augmentation des séjours et de leur durée, celle du budget, (comme au bon vieux temps du prix de journée). Ce qui s'oppose évidemment à une démarche de prévention OQOS(e toujours) nous dira le comptable. Car il sera trop tard quand le prix de l'activité chutera.

Il est tout aussi clair que si l'on suit ce raisonnement, il devient alors préférable de détourner du temps médical de l'offre de soins pour la population du secteur (notre mission) vers une activité annexe génératrice de file active (comme la réalisation d'expertises sur le temps hospitalier) ou plus simplement, sans se préoccuper de l'intérêt thérapeutique, vers la surproduction « d'actes vite expédiés » destinés à une population ciblée ; ces activités, sans intérêt pour les patients du secteur seront alors plus rémunératrices par leur impact sur les « indicateurs » et l'augmentation des séjours (conséquence de la diminution des soins en ambulatoire) que la dotation des CMP en infirmiers dont le travail de prévention ou la « non activité de liaison » (cf. le rapport annuel 2007 du G 04) en favorise la baisse...CQFD... OQOS(e toujours).

Dans ce contexte, il est parfaitement logique pour une Administration soucieuse d'appliquer les consignes de geler 2 postes supplémentaires au CMP de Grande-Synthe (après celui de Gravelines) soit une baisse de 25% de la disponibilité infirmière.

Le dysfonctionnement performant, voilà la modernité proposée.

L'implantation de lits à Cappelle en est une des illustrations par son triple gâchis thérapeutique (par la difficulté d'accès là encore pour les patients les plus en difficultés), économique et écologique.

Il était évidemment, dans ce contexte, impossible de développer comme prévu, par redéploiement de moyens, notre présence sur Watten, qui est pourtant un désert sanitaire, rural au sud du secteur. L'accueil sur le Centre Médico-Psychologique de Gravelines a été gravement compromis par le non

remplacement d'une infirmière, sans oublier le soutien à l'activité de la maison thérapeutique rendu impossible. Dans le même temps, la prise en charge en hospitalisation (G4 et D6) se détériorait, les activités thérapeutiques ne pouvaient être confortées ou maintenues, la promiscuité et les tensions qui lui sont liées augmentaient dangereusement, la lassitude engendrée par le sentiment justifié de ne pas être entendu fragilise la disponibilité de l'équipe. A cela s'ajoute des tâches inutiles voire nuisibles...

Le professionnalisme et la patience de l'équipe ont leurs limites surtout s'il s'avère qu'ils lui sont finalement nuisibles. Cette situation est intolérable et incompréhensible pour les agents comme pour les patients. Il faut que cela cesse et que des corrections interviennent rapidement au niveau infirmier, mais aussi au niveau du secrétariat (un poste), de la psychomotricité (un poste) et des psychologues (un poste) etc. Tel que cela était formulé dans nos précédentes demandes (cf. rapports annuels, projets de service, etc.), sans oublier bien sur les temps médicaux.

B/ Les prescriptions administratives

Nous avons rapidement évoqué plus haut la prise en main grandissante du traitement des patients par l'Administration ; cela va de l'anecdotique (s'il n'avait des conséquences fâcheuses pour les patients) refus de signature par une directrice d'un bon d'accompagnement thérapeutique dûment validé au niveau médical sans autre prétexte qu'un lien hiérarchique qui souligne une confusion totale entre la dimension hiérarchique et l'organisation fonctionnelle des soins .

Tout cela est très fatigant et souligne la dérive bureaucratique grandissante au détriment des soins et de l'intérêt des patients.

Que dire quand il s'agit de la fermeture autoritaire, brutale et injustifiée de la Maison Thérapeutique de Gravelines, avec suspension de toutes les activités thérapeutiques de jour et en ambulatoire. L'indignation et la consternation ont gagné toute l'équipe. Les difficultés évoquées plus haut, le délai de remplacement des agents, ajoutés aux autorisations de départ des deux psychomotriciennes et d'une infirmière du CMP de Gravelines ajoutaient des difficultés aux difficultés déjà rencontrées par l'équipe, plus particulièrement en hospitalisation. La disparité de ratio affectée par la DSI au G 04 vis-à-vis des autres secteurs (cf. PV de CME du 23/04 et du 17/06/2008) mettait sciemment l'équipe en difficulté au regard de ses choix institutionnels. L'Administration a ainsi favorisé (et favorise toujours) les traitements visant à proposer aux patients des prestations au moindre coût mais qui par leur nombre sont d'un coût non négligeable (SAAS – ATIM) ou d'un coût exorbitant (UAO) et non assumé. Or, il n'est pas dans la mission de la DSI et de la Direction Générale de favoriser tel ou tel traitement au regard d'un autre. Nous n'étions pas à ce moment précis en demande de moyens supplémentaires pour assurer le fonctionnement de la Maison Thérapeutique de Gravelines dont le planning de travail était assuré, ni de moyens supplémentaires pour les autres structures mais du remplacement des agents qui comprenait le recrutement : d'une psychomotricienne (issu de la transformation d'un infirmier il y a plusieurs mois) et dont le recrutement ne posait aucun problème.

Contrairement aux allégations de l'Administration, le recrutement d'infirmier (ères) n'aurait pas non plus posé de problème puisque certains des agents des dernières promotions ont dû s'orienter vers la région parisienne devant la réponse négative de l'Administration de BAILLEUL. Nous demandons donc simplement que les remplacements soient effectués et que tout soit fait pour rétablir l'équilibre (ratio) entre les secteurs, afin que le traitement institutionnel des patients du G 04 puisse être mis en œuvre dans des conditions satisfaisantes pour le personnel et les patients ; cette demande n'a, à aucun moment, été liée à une incapacité à garantir dans l'immédiat le fonctionnement de la Maison Thérapeutique de Gravelines.

Devant l'absence totale de réponse de l'Administration aux différents courriers et l'aggravation de la menace sur les effectifs du G 04, l'équipe a donc été « contrainte de décider » l'évaluation des conséquences d'une disparition éventuelle, à terme de certains aspects du traitement institutionnel des patients ; c'est dans ce contexte qu'il a été décidé d'évaluer les conséquences d'une disparition à terme de

la « prestation Maison Thérapeutique à temps plein » sous forme d'une fenêtre thérapeutique organisée sur une semaine (même si cette période était considérée comme un peu courte) et d'en tirer d'éventuelles conclusions sur l'évolution du dispositif sectoriel actuel dans son ensemble, le caractère court et partiel étant un compromis adapté à l'intérêt des patients et à l'organisation du travail dans la structure. Cela permettait de poursuivre les activités de CATTP et de jour, les soutiens éducatifs ambulatoires et ne remettaient pas en cause le projet éducatif de jour et l'accompagnement social, soignant et éducatif dans le cadre des projets patients.

Cette décision, qui aurait pu concerner la disparition programmée d'un neuroleptique, avec mise en place d'une fenêtre pour en évaluer les conséquences et la substitution possible pour une autre molécule et de la responsabilité exclusivement médicale en y associant toute l'équipe, condition qui a été remplie dans le cadre du conseil de service.

La décision de fermeture administrative a eu un impact direct sur les orientations thérapeutiques auquel s'est ajouté un blocage des véhicules par l'Administration qui a compromis l'ensemble des actions programmées pour les patients en journée et en ambulatoire. Les Directions ont ainsi autoritairement permis de montrer les dégâts occasionnés plus particulièrement chez certains patients de cette prescription administrative suspendant les soins adaptés et l'intérêt du dispositif « Maison Thérapeutique ». L'ARH n'a été d'aucun secours pour les patients ce qui vient démontrer les risques d'une déclinaison comptable de patron tel que le propose la loi HPST.

Que dire de cette autre prescription administrative qui outre une moins bonne réponse aux besoins de la population tant du point de vue qualitatif que quantitatif, augmentera le coût du dispositif? La vision comptable à courte vue de l'ARH participe ici encore à la dégradation du service public, mais cette responsabilité est partagée avec l'Administration de l'EPSM dans la réorientation aberrante et coûteuse du projet d'implantation de lits sur Cappelle (à l'extérieur du secteur).

Cette implantation est une des illustrations des dérives évoquées, par son triple gâchis thérapeutique (par la difficulté d'accès là encore pour les patients les plus en difficultés), économique et écologique. Cette prescription imposée par l'ARH place en effet l'hospitalisation temps plein à 45 mn de transport en commun supplémentaire pour les patients du 59 G 04 et nous éloigne du plateau technique qu'offrait le projet préexistant à la Polyclinique de Grande-Synthe.

Ce projet avait 13 ans, il était attendu par la population, par les équipes (urgences et médecine) de la Polyclinique, et par les généralistes du secteur.

4/EN CONCLUSION

Le tableau décrit devrait nous amener à ne pas demander après 15 ans de fonction le renouvellement des fonctions de Chef de Service. Les attaques constantes et grandissantes du gouvernement et des administrations de tutelles contre le service public, l'intérêt des patients et des équipes nous imposent un autre choix.

Il s'agira :

- De défendre la politique de secteur et l'obligation d'apporter des soins qui lui est liée, soutenir la psychiatrie de liaison et plus généralement la non activité indispensable au travail de secteur et à la lutte contre la discrimination dans l'accès aux soins ; la meilleure garantie en est le maintien de l'équation un pôle-un secteur (pour cette raison majoritairement défendu) ;
- De protéger les informations patients de l'inflation des fichiers et DMP qui ne visent qu'à limiter les formes d'accès aux soins pour certaines catégories de population et n'offrent par ailleurs aucunes garanties de confidentialité (cf. le kidnapping récent de dossiers médicaux aux Etats-Unis), de ne pas

fournir aux Administrations des données permettant de classer et à terme d'interdire certains soins en fonction de leur caractère « rentable » ;

- De défendre une dotation et un mode de dotation budgétaire cohérent avec ces objectifs autrement dit sur une base sociodémographique et non une référence à l'activité. Cette orientation innovante avait commencé à faire ses preuves dans le cadre d'une application dans la région en permettant une répartition plus juste des moyens pour la population ;

- D'obtenir un rapprochement des lits de la population dans le cadre d'une implantation adaptée avec compensation financière de toutes les orientations et prescriptions inadaptées mises en œuvre par les administrations responsables.

En résumé : rappeler autant qu'il le faut et défendre l'application du code de déontologie et plus particulièrement les articles 7, 95 et 97.

Article 7 : le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ;

Article 95 : le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une Administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ;

Article 97 : un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

Consultations externes (activité ambulatoire)

	1999		2003		2008	
FA	FA	ACTES	FA	ACTES	FA	ACTES
FA*	1423		1774		1817	
	691		793			
FA 1 FOIS	364		427		342	
FAA	1146		1525		1612	
FAEA	864		1272		1181	
CO	920	5789	1063	5820	1197	7289
SD	212	1990	165	2253	128	812
SI	122	1173	218	969		
SU	187	274	285	512	302	505
AA	22	111	0	0		
FATP	134		92			
FAETP	39		9			
NU	6	429	2	61		
JO	4	258	4	67		
CA	126	1716	88	1328	96	1433
FAPT	458		442			
FAETC	236		240			
FAEPT	236		240			
PT	454	21076	432	12412		11645
PF	5	1809	8	2502		2381
AT			17	1343	44	1343

Tab 1

2) Hospitalisation

	1999	2003	2008
Admissions directes	558	593	573
D.M.S.A (*)	46,3	27	20,3

Tab 2

(*) **Durée moyenne de séjour annuelle par patient**

ACTIVITE DEBORDANTS

Dans le service	1998	2003	2008
FA	125	182	
N	130	213	
Journées	782	1479	
A l'extérieur	1998	2003	
FA	3	0	
N	3	0	
Journées	5	0	
Différentiel	1998	2003	
FA	122	182	
N	127	213	163
Journées	777	1479	

Tab 3

EFFECTIFS

	2009	Moyens nécessaires actuellement et pour la relocalisation à Grande- Synthe	Moyens nécessaires pour la relocalisation à Cappelle La Grande
Cadre Supérieur	1	1	1
Cadres Infirmiers	4	4	4
Infirmiers	63,25	70	73
A.S/A.M.P	6	6	8,25
A.S.H	0		
Secrétaires Médicales	6	6	6
Assistantes Sociales	2	2	2
Psychologues	3	4	4
Psychomotriciens	2	3	3
Educateurs Spécialisés	3	3	3
Chauffeurs			
TOTAL	90,25	99,25	106,25
Population	74 330 habitants		
RATIO	1,21	1,335	1,43
Praticiens Hospitaliers en Psychiatrie	6	7	8
Praticien Hospitalier en Médecine Générale	1	1	1
Interne de Spécialité	1	1	1
Interne de Médecine Générale	1	1	1

Tab 4

CHAPITRE IV – ACTIVITE PERSONNELLE

1) Consultations publiques

4 à 5 ½ journées par semaine

2) Activité privée

Non

3) Activité d'intérêt général

Non

4) Activité de soins

4 à 5 ½ journées par semaine

5) Activités administratives

- Président de la C.M.E de 95 à 99
- Membre du C.R.O.S.S de 95 à 99
- Membre des conférences Sanitaires 1 et 11 de 95 à 99
- Membre du conseil départemental de santé mentale de 94 à 99
- Représentant de la C.M.E au C.T.E jusque 1995
- Membre du COTER (Comité Technique Régional) de 2000 à 2008
- Membre de l'instance régionale de concertation en santé mentale depuis sa création

6) Enseignement

- Séminaire pour le D.E.S de psychiatrie en 1999 et 2000 : clinique des Psychoses
- Formation des Infirmier(ères) à l'I.F.S.I de Dunkerque en 1995
- Stage validant en psychiatrie et en médecine générale :
Accueil chaque semestre d'un interne de spécialité et d'un interne de médecine générale ainsi que un ou 2 externes

7) Activité syndicale

- Président de l'Union Syndicale de la Psychiatrie mars 2005 à mars 2008
- Vice-président depuis mars 2008
- Président de l'USP Régionale

CHAPITRE V – EVALUATION DE LA QUALITE DU SERVICE RENDU

1) Délai de consultation

24 à 72 heures en urgence 1 à 2 semaines en moyenne.

2) Délai d'hospitalisation

0

3) Evolution des délais

Ils ont été considérablement réduits pour une file active plus importante en particulier pour les consultations.

4) Qualité des soins

- Augmentation des moyens en ambulatoire par redéploiement interne pour favoriser un accès rapide aux soins ;
- Réduction du nombre de lits et humanisation pour améliorer qualitativement les prestations dans leur dimension tant thérapeutique qu'hôtelière ;
- Etc.

5) Difficultés rencontrées

- Eloignement **inacceptable** des lits d'hospitalisation par rapport au secteur dont le rapprochement prévu dans le COM est remis en cause par l'ARH ;
- Ponction des moyens en personnel par l'application aveugle de l'ARH de mesures inadaptées au système de soins et plus encore à la psychiatrie, risque évident des dégradations des prestations et des conditions de sécurité des patients et du personnel ;
- Prescription de traitement institutionnel inadapté et coûteux par l'ARH ;
- Suspension autoritaire de soins par la Direction de l'Etablissement ;
- Choix thérapeutiques privilégiés par la Direction par l'affectation de moyens supplémentaires sur certains projets inadaptés à l'intérêt des patients et de l'équipe en contradiction totale avec la déontologie médicale etc... cf. rapport lié au bilan quinquennal.

CHAPITRE VI – COMMUNICATION – FORMATION

Le conseil de service a été mis en place en 1995 et se réunit environ 4 à 5 fois par an. Par ailleurs, des réunions institutionnelles sont organisées et animées par moi-même ou un de mes collaborateurs, un cadre. Elles associent l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et se déroulent en alternance au sein des 2 unités hospitalières et des Centres Médico Psychologiques. Globalement, une trentaine de réunions par an sont ainsi organisées ; elles permettent d'apporter une cohérence et une meilleure pertinence de l'outil.

En fonction des orientations du service et en collaboration avec les cadres, des propositions sont faites à l'Administration dans le cadre d'un plan de formation qui tend à devenir pluriannuel.

Formations cadres, infirmiers, médecins → autoformation interne ayant abordé des aspects très concrets de la psychiatrie et basée sur les échanges intergénérationnels et interprofessionnels sur une durée de deux ans (2004 à 2006).

Des infirmiers et cadres de santé interviennent au sein des IFSI et école d'aides-soignants de façon régulière, pour des enseignements et participations de jury (concours d'entrée, travail de fin d'études).

Nous accueillons des étudiants infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens de façon continue.

Participation à des séminaires, colloques.

Participation à des formations continues.

Un séminaire sur le concept « d'état limite » est assuré depuis 1997 par un PH du service ainsi qu'une supervision sur les pathologies borderline (hôpital de jour HAUBOURDIN, équipes de soins de l'Hôpital FONTAN) et un enseignement de la clinique psychanalytique : EPSM des Flandres (équipes de différents secteurs).

L'équipe médicale contribue par ailleurs à la formation des infirmiers (ères) dans les IFSI.

La fin de vie et l'accompagnement des patients et de leur famille ont occupé une place importante dans la formation et le travail d'équipe avec :

- Sensibilisation des équipes soignantes à l'accompagnement des patients en fin de vie et de leur famille ;
- Partage des compétences avec une équipe mobile de soins palliatifs au sein du service ;
- Table ronde multidisciplinaire (infirmiers, psychologues, médecins et cadres) sur une problématique donnée concernant les soins palliatifs ;
- Proposition d'une formation individuelle des soignants sur les soins palliatifs en 2009 – 2010 en collaboration avec plusieurs établissements de la région (hôpitaux, maisons de retraite...).

Et bien sûr, chaque semestre, l'équipe accueille et participe à la formation clinique d'un interne de spécialité, d'un interne de médecine générale et 2 ou 3 externes.

CHAPITRE VII – HYGIENE ET PREVENTION

- **Avez-vous pris des dispositions pendant la durée de votre mandat en matière d'hygiène. Déclarez-vous les infections nosocomiales ?**

Sensibilisation à la prévention de la transmission des infections nosocomiales :

- ✓ Formation à la pratique des prélèvements sanguins et des soins infirmiers et aide soignants avec port de gants à usage unique ;
- ✓ Sensibilisation au lavage des mains avant et après les soins ;
- ✓ Formation au tri des déchets de soins ;
- ✓ Participation au Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales d'un praticien avec information des équipes : oui + infirmiers référents en hygiène ;
- ✓ Participation à la Commission des anti-infectieux et à la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles d'un praticien hospitalier ;
- ✓ Information sur la conduite à tenir en cas d'accident par exposition au sang.

Les infections nosocomiales sont déclarées de façon conjointe :

- ✓ A l'infirmier hygiéniste
- ✓ A la Présidente du C.L.I.N

Afin d'optimiser les moyens de prévention et la prise en charge.

- **Votre service a-t-il participé à des actions d'information ou de sensibilisation du public en matière d'éducation pour la santé :**

Sous quels thèmes :

- ✓ Information sur les gestes techniques d'urgence
- ✓ Sensibilisation des équipes soignantes à l'accompagnement des patients en fin de vie et de leur famille

Sous quelle forme :

- ✓ Ateliers pratiques avec mises en situation et utilisation du matériel : oui → geste d'urgence ;
- ✓ Formation continue geste d'urgence sur l'ensemble de l'équipe et l'action s'est déroulée sur l'unité d'hospitalisation

à temps complet pour tous les agents (secrétaires, infirmiers, etc...);

- ✓ Formation à l'utilisation du ballon auto remplisseur à usage unique ;
- ✓ Partage des compétences avec une équipe mobile de soins palliatifs au sein du service ;
- ✓ Table ronde multidisciplinaire (infirmiers, psychologues, médecins et cadres) sur une problématique donnée concernant les soins palliatifs ;
- ✓ Proposition d'une formation individuelle des soignants sur les soins palliatifs en 2009 – 2010 en collaboration avec plusieurs établissements de la région (hôpitaux, maisons de retraite...).

CHAPITRE VIII – GESTION DU SERVICE

Peu d'indicateurs nous sont fournis pour suivre les dépenses du service en dehors des éléments fournis par le laboratoire et la pharmacie (les B plus les médicaments).

L'essentiel des dépenses, comme pour tous les secteurs de psychiatrie, concerne évidemment le personnel soignant.

Le suivi de l'activité se fait par le traitement de la fiche patient et fait l'objet chaque année d'un rapport annuel.

Le cadre paramédical est évidemment un partenaire privilégié plus en psychiatrie qu'ailleurs et le secteur 59 G 04 n'échappe pas à la règle. Il est co-animateur de l'équipe, favorise la cohésion de l'équipe, met en exergue et défend les moyens nécessaires à la mise en œuvre du projet de service, participe au travail d'élaboration de tous les projets.

Pour compléter ces informations, il est utile de se référer au rapport lié au bilan quinquennal.