

# La LETTRE du

Numéro 10 - Décembre 2015



LE SYNDICAT DES  
**PSYCHIATRES**  
DES HÔPITAUX

## COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE Saint-Malo

29 - 30 septembre 2015

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

Rapport moral de la secrétaire  
générale, *Isabelle Montet*

Motions syndicales votées en  
assemblée

Table ronde : économie de la santé  
et psychiatrie

Table ronde : Soins sans  
consentement

Projet de loi de modernisation  
de notre système de santé et  
psychiatrie



Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés

## Les internes aussi peuvent adhérer

une association de 10 000 médecins hospitaliers pour vous protéger au meilleur prix



### Prévoyance

- à partir de **7 €** / mois

Percevoir son salaire et ses indemnités de gardes en cas d'arrêt de travail

### Prévoyance & Santé

- à partir de **17 €** / mois

& bénéficier de remboursements frais de santé performants

Obtenez  
un conseil  
personnalisé

**01 75 44 95 15**

Appel non surtaxé

[www.appa-asso.org](http://www.appa-asso.org)

Flashez le QR Code





# Sommaire

---

Compte-rendu du mandat du président	03
Rapport moral de la secrétaire générale	16
Motions syndicales votées en assemblée	22
Table ronde : économie de la santé et psychiatrie	26
Table ronde : Soins sans consentement	42
Projet de loi de modernisation de notre système de santé et psychiatrie	44
L'adhésion au SPH	49
Organigramme du SPH 2015-2018	53

## 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

Macéo éditions – M. Tabtab, Directeur

06, Avenue de Choisy – 75013 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

E-mail : maceoeditions@gmail.com – web : [www.reseauprosante.fr](http://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.

# COMPTE-RENDU DU MANDAT DU PRÉSIDENT

**Marc Bétrémieux**

---

Chers Collègues, psychiatres des hôpitaux et militants du SPH

Bonjour à tous,

Bienvenus à Saint-Malo pour notre assemblée générale. Merci de votre présence sur ce temps majeur de la vie du syndicat.

Et pour embarquer déployons le pavillon. Commençons par celui qui a accompagné la vie du syndicat pendant de longues années et dans de nombreuses tempêtes, nous lui rendons un hommage mérité avant de l'abaisser.

Et maintenant place à nos nouvelles couleurs qui porteront le SPH avec force et dynamisme pour nos futures traversées.

Et merci aussi pour votre participation au congrès de notre maison commune constituée autour du SPH par la SIP, par la revue de l'Information Psychiatrique et par l'ODPCPsy !

Merci enfin à tous nos partenaires fidèles avec en premier lieu l'APPA.

Je souhaite que l'esprit corsaire qui a fait l'essence et la force de Saint-Malo qui accueille notre AG règne dans nos débats et marquent profondément les motions issues de ce congrès.

Ne nous faisons pas d'illusions, notre engagement à tous est essentiel dans cette période ! Nous devons affirmer partout sur le territoire et à tous les

niveaux, une psychiatrie publique humaniste, inventive et créative en permanence de nouveaux modèles. Nous devons la mettre en action tous les jours dans chacun de nos secteurs avec chacun nos patients, avec leur entourage, avec tous nos partenaires. Elle articule des modèles de prévention en santé mentale, du soin psychiatrique et de l'accompagnement, issus de son histoire construite sur une médecine s'articulant avec les sciences humaines dans un contexte politique et économique.

Nous devons continuer à armer nos navires qui ont à combattre sur toutes les mers et toutes les régions. Pour nous tous, militants d'une psychiatrie du XXI<sup>ème</sup> siècle, cette lutte doit s'inscrire dans notre quotidien face au contexte actuel de pression économique intolérable et de pensée unique en termes de modèles et d'organisations. Pour cela le Syndicat peut s'appuyer sur son histoire et nous devons nous souvenir : Il y a 70 ans, le 26 juillet 1945, les statuts du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques étaient déposés par son secrétaire général Georges Daumézon à la préfecture de la Seine.

C'est au décours de la seconde guerre mondiale qu'il est créé sur la volonté de psychiatres engagés et révoltés dans la suite de la catastrophe humanitaire qu'ont vécu les malades hospitalisés dans les asiles : près de 50 000 per-

sonnes sont mortes suite aux privations dans les asiles psychiatriques français sous l'Occupation. Le livre récent de Didier Daeninckx « Caché dans la maison des fous » rappelle cette période, située à Saint Alban en Lozère en 1943.

Deux psychiatres y organisaient la résistance à l'embrigadement des fous et à leur négation. François Tosquelles qui avait fui l'Espagne franquiste et Lucien Bonnafé, communiste et ami des surréalistes cachaient les résistants blessés de la région. Éluard y a passé huit mois, avec cette double menace de l'enfermement des êtres et de l'enfermement du monde dans la barbarie. Cette référence à la période de la guerre a été mobilisée par les pionniers de la « révolution psychiatrique » dans les mutations profondes depuis le début des années 1950 : désaliénisme, psychothérapie institutionnelle et bien sûr politique de sectorisation... Cette dynamique de réformes n'a pu s'affirmer que dans le contexte particulier de la Libération avec pour appui les courants théoriques forts de l'époque, le marxisme et la psychanalyse.

Vous retrouverez comment notre syndicat a construit son histoire dans le livret pour les conseillers qui a été édité pour ce congrès. Il a été coordonné particulièrement par nos deux conseillères à la communication : Anne Sophie Pernel et Stéphanie Samson que nous pouvons remercier.



## Modèles pour la psychiatrie en France en 2015

Les modèles actuels de compréhension des maladies s'appuient sur une approche intégrative de la complexité.

Une approche globale de l'humain doit articuler différents plans de compréhension et niveaux d'interventions : biologiques, psychologiques individuels, interactionnels, familial et social, éthiques. L'ensemble étant en étroites interactions multiples et en renouvellement permanent.

En résonance étroite avec ces modèles, la psychiatrie publique a développé des pratiques intégratives dans l'organisation des soins sur la base du concept de sectorisation. La sectorisation est avant toute chose une forme de soins répondant à la complexité

des pathologies psychiques et leur rapport avec le social.

Ces journées syndicales doivent nous permettre de développer l'actualité et la pertinence dynamique de ce concept de sectorisation pour les années à venir. Ses déclinaisons multiples en font sans doute sa fragilité mais aussi absolument sa richesse.

**Nous devons affirmer partout sur le territoire et à tous les niveaux, une psychiatrie publique humaniste, inventive et créative...**

## SPH : histoire récente

C'est l'annonce lors de notre dernier congrès à Avignon en 2014 par Jean-Claude Pénochet de sa démission pour des raisons de parcours personnel. Il devançait d'une année la fin de son deuxième mandat de président du SPH et de la CPH, ayant marqué depuis de longues années par sa présence et la force percutante de ses analyses la construction de notre politique :

- ◆ au niveau de l'organisation de la psychiatrie ;
- ◆ au niveau de la défense individuelle des psychiatres ;
- ◆ au niveau de celle des praticiens et de l'hôpital public ;
- ◆ au niveau de la politique de modernisation du SPH et de ses outils.

Pour tout cela merci chaleureusement à toi Jean-Claude !

Avignon c'est aussi un congrès où nous avons affirmé le rapprochement de nos instances avec le partage sur un même temps de l'AG, de sessions de DPC, de conférences de la SIP. Cet essai dont on a tous vécu très vite les inconvénients, nous devons le transformer. Cette année notre assemblée s'articule de manière

beaucoup plus fluide, tout en gardant son autonomie et permettra à chacun de pouvoir y participer à part entière ! Avignon a été la mobilisation forte et active des militants de la région Provence et aussi celle des internes. L'union des forces vives de la psychiatrie régionale a été à l'origine de la réussite mémorable de ce congrès dans un lieu, il est vrai, grandiose. Je ne vais pas tous les citer mais chacun y a été de son action et il faut les applaudir !

Avignon ce fut le travail des ateliers et des motions. Elles ont été le socle sur lequel le bureau et le conseil se sont appuyés toute cette année pour décliner les positions et les attentes des psychiatres des hôpitaux.

Avignon ce fut la décision d'organiser des élections anticipées 2014/2015 des conseillers et du bureau. Nous avons construit une liste d'union syndicale sur l'idée de rassembler toutes les sensibilités, les exercices, les générations, les régions et à parité. L'autre idée forte était celle de l'engagement des conseillers sur un travail réel de délégations avec des thématiques pré-

cises dont ils exercent la responsabilité et dont ils rendent compte en bureau, conseil et lors de cette AG. Je pense que nous avons réussi notre pari et que la nouvelle équipe développe un travail collectif d'élaboration des questions et produit des positions locales, régionales et nationales en phase avec vos attentes.

Le processus électoral ayant commencé en octobre 2014, s'est terminé en mars 2015. La liste d'union syndicale a recueilli 468 voix sur 472 suffrages exprimés. Cela représente 50 % des adhérents à jour de cotisation 2014 qui ont voté, nous étions en 2014, 1017 syndiqués à jour de cotisation. Je vous remercie tous de votre confiance pour le mandat donné à cette nouvelle équipe.

Cela a été aussi l'occasion de faire le constat de l'extrême lourdeur du processus électoral qui date et nécessite impérativement une simplification pour remettre le syndicat en phase avec son époque, dans le cadre d'une révision des statuts. Ce point sera inscrit à l'ordre du jour d'une prochaine AG et le chantier est ouvert.

## Nos actions 2014 - 2015

Nous nous sommes engagés dès la fin du congrès 2014 et avant le renouvellement du bureau dans de multiples temps de négociations nationales en phase avec le contexte de discussion de la loi de santé.

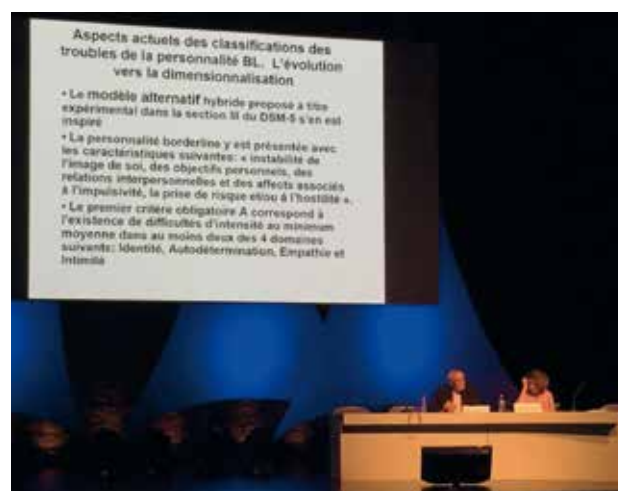
Discussions ouvertes du côté de la psychiatrie avec la Ministre par le biais, dès le 14 novembre, d'un communiqué SPH : « le projet de loi peut-il réconcilier la psychiatrie avec les réformes ? ».

Il met l'accent sur le concept de continuité des soins et son application dans la politique de sectorisation, sur le risque majeur de clivage entre ambulatoire et hospitalisation contenu dans la loi. Il rappelle la nécessité que les secteurs appartiennent à au moins un GHT de psychiatrie.

Michel David a rédigé un autre communiqué demandant une reformulation de l'article 25 celui-ci remettant en cause le secret médical. Il a été publié

en lien avec l'ASPMP qu'il préside et a été suivi d'une mobilisation vers le conseil de l'ordre des médecins.

La mobilisation sur ces points majeurs dans l'exercice de notre discipline, nous l'avons voulu forte par la recherche d'un positionnement intersyndical des psychiatres. J'ai rappelé ces positions lors de l'audition en commission des affaires sociales à l'assemblée nationale le 4 décembre 2014 et nous y avons défendu des



points essentiels pour la discipline avec les collègues du Spép et de l'Idépp. J'ai repris tous ces points lors des journées de perfectionnement en psychiatrie infanto-juvénile lors d'une table ronde en présence du député Denys Robillard et du bureau de la psychiatrie au ministère en mars 2015 pendant son parcours au parlement.

Cette défense de la psychiatrie publique nous la construisons en phase avec la conférence des présidents de CME de CHS. Jean-Pierre Salvarelli est chargé au sein du bureau de ces liens directs avec ses membres et je suis très régulièrement en discussion avec son président Christian Muller sur le contenu, la stratégie et les communiqués. Il sera présent vendredi à la table ronde professionnelle.

Un communiqué commun daté de Juillet 2015 a répondu aux déclarations pour le moins affligeantes de Frédéric Martineau, Pdt de la Conférence des Pdt de CME de CH. Pour rappel, Martineau a été missionné par la ministre en novembre 2014 avec Jacqueline Hubert, DG du CHU de Grenoble, pour définir la mise en place des GHT. Lors d'une audition de la CPH en avril 2015, il avait confirmé pour les EPSM la possibilité d'adhérer à 2 GHT et la possibilité de créer des GHT entre établissements psychiatriques, mais il avait clairement limité cette possibilité à des situations particulières, comme Paris ? Pour les autres, il renvoyait aux « communautés psychiatriques de territoire » mentionnées à l'article 13, qui doivent mettre en œuvre un projet médical commun.

En le poussant un peu, il avait avoué avoir clairement des oppositions fortes au sein de la conférence des présidents de CME des Centres Hospitaliers Généraux à ce que ces établissements gérant des secteurs de psychiatrie ne soient obligés d'adhérer à un GHT psychiatrique ! Ainsi en mai 2015, il déclarait à l'APM « *il ne faudra pas généraliser les GHT spécialisés par exemple en psychiatrie...* ».

Nous avons construit une position consensuelle avec l'ensemble des acteurs dont témoigne le communiqué du 16 juillet 2015 rappelant la nécessité des GHT de psychiatrie et de santé mentale (et si GHT polyvalent d'un budget identifié pour la psychiatrie).

Nous voyons clairement le rôle majeur que continuent à jouer les conférences dans la définition des politiques. Il est impératif, et pour chacun de nous syndiqués et militants du SPH au sein de chacun de nos hôpitaux, de nous positionner dans ce processus. Il faut nous y présenter et sensibiliser l'ensemble de nos collègues sur les enjeux majeurs du renouvellement des CME en 2015. Nous aurons les présidents que nous élirons, alors faisons en sorte d'y être !

Le SPH a demandé à être auditionné en octobre 2014 par Michel Laforcade qui a été missionné par la ministre pour écrire des propositions de réponses concrètes sur trois points :

- ◆ Le Déploiement sur les territoires d'une organisation optimale des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie.
- ◆ Les Pratiques et les formations.
- ◆ Les enjeux de citoyenneté.

Il nous a reçu Isabelle et moi dès le mois de novembre 2014, fort encadré par les fonctionnaires de la DGOS. Nous avons dit nos positions sur l'organisation territoriale en rappelant nos travaux sur les GCS ainsi que sur les attentes de la psychiatrie concernant les métiers, celui de psychiatre (référentiel FFP) et celui d'infirmier psychiatrique. Le SPH par la présence de Florence Tiget a rappelé à nouveau ces axes à Laforcade dans la délégation du CASP qu'il a reçu le 9 juillet 2015.

## Le bon niveau de financement d'une politique de santé mentale

Le ministère a scellé en 2015 la diminution des Dotations Annuelles de Financement ! L'opacité règne sur les clefs de répartition au niveau national et aboutit à un différentiel incompréhensible de leur évolution dans les régions. La même opacité s'appliquant aux critères de péréquation infra régionale sous arbitrage des ARS.

La psychiatrie publique semble ainsi soumise à une forme de T2A qui ne dit pas son nom et qui n'en garde que les désavantages. Les principes économiques de nos dirigeants s'appuient sur les attentes exprimées par les associations d'usagers. Le

sanitaire est situé comme l'étape diagnostique et aiguë du soin et l'étape médico-sociale serait celle de l'accompagnement dans le milieu naturel, associé éventuellement aux soins venant s'y inclure. Les économies imposées à la psychiatrie publique se traduisent directement par une orientation des moyens vers les structures médico-sociales.

Nous demandons une révision des orientations retenues pour les DAF en 2015. Nous demandons une réintégration du gel prudentiel de 2014. Les modèles économiques doivent s'appuyer sur l'estimation

des besoins territoriaux en soins psychiatriques. Nous demandons la transparence sur les critères d'attribution. Nous demandons à être associés aux négociations nationales et régionales des financements pour la psychiatrie.

Les contraintes budgétaires accumulées sur l'ensemble des secteurs entraînent gels de postes et des suppressions d'effectifs soignants, conséquence programmée d'une politique au rabais. L'offre de soins territoriale en santé mentale est fortement diminuée entraînant des risques pour la sécurité des patients et des professionnels.





Cela étouffe les réorganisations, les stratégies de prévention et le développement de parcours de soins innovants que les tutelles appellent pourtant à déployer.

Que penser dès lors des listes d'attente en augmentation dans nos secteurs en lien direct avec deux facteurs : l'augmentation constante des files actives en phase avec une reconnaissance du dispositif par les patients et leurs familles et la diminution du personnel soignant liée aux restrictions budgétaires ? L'offre est déjà supprimée

sur certains territoires comme nos collègues de Picardie l'ont rappelé au préfet, ARS et aux élus de la région la semaine dernière.

Est-ce que notre place se limitera à l'avenir à la seule dimension diagnostique de maladies devenues seulement lisibles par nos tutelles que comme partie de processus handicapants ?

Pour que la future loi de santé puisse permettre l'amélioration de la santé mentale de la population, une véritable clarification des financements

de la psychiatrie est impérative. Nous proposons d'ouvrir ce chantier majeur par la table ronde professionnelle Economie et Financement de la Psychiatrie programmée vendredi 2 à 9h qui réunira le Professeur Jean-Pierre Escaffre et nos collègues Bernard Odier, Président de la Fédération Française de Psychiatrie, Jean Oureib, secrétaire général de la SIP. André Grimaldi qui en faisait partie initialement nous rejoindra demain à 15h dans une intervention introductive à ce futur débat sur le financement de l'hôpital.

## Les liens du SPH avec les autres syndicats de psychiatres

Je rappelle que le SPH est le premier syndicat de la Psychiatrie publique en France ! Je rappelle le nombre important de nos adhérents, plus de 1000 en 2014, notre implantation dans toutes les régions et notre mobilisation sur tous les dossiers de défense individuelle et collective des collègues.

Le marché de dupes de notre rapprochement avec les représentants de l'IDEPP a fait long feu devant l'évidence des divergences profondes de pensée et de stratégie. Nous nous gardons de l'illusion d'un retour aux sources avec un seul syndicat tout puissant

mais nous continuons à construire et défendre des positions communes fortes, variables en fonction des enjeux de défense de la psychiatrie publique sur les thèmes de la sectorisation, des GHT, du DPC, des moyens, du CNPP etc. Nous avons tenu ces positions communes lors des différentes auditions que nous avons préparées ensemble et les avons communiquées régulièrement !

Des liens sont structurés aussi par notre appartenance au CASP et nos représentants Florence Tiget et Paul Jean-François y sont fort actifs.

Enfin, nous avons ouvert la discussion sur plusieurs thèmes avec le bureau du SPEP et Michel Triantafyllou participera à notre table ronde de vendredi sur la loi de Santé. C'est bien dans l'idée d'échanges et de participations aux journées scientifiques et professionnelles de nos deux syndicats.

La Fédération Française de Psychiatrie est également un lieu où nous sommes acteur majeur à travers la participation historique de Nicole Garret past présidente, de celle de Fabienne Roos Weil, sa secrétaire générale et maintenant de Bernard Odier qui en est le nouveau président élu cette année.



Le Conseil National Professionnel de Psychiatrie a été l'objet de longues et difficiles négociations car rassemblant l'ensemble des psychiatres publics, privés et universitaires. Jean Claude et Nicole en ont permis la construction

rappelant avec fermeté la place de la FFP et du SPH dans ses instances. J'y représente le SPH avec Bertrand Welniarz suppléant. Fabienne y est présente au titre de la FFP. Le CNPP est une instance de plus en plus en

sollicitée par les pouvoirs publics en particulier pour le DPC qui voit son cadre évoluer et s'élargir dans le projet de loi. A lui de définir les orientations nationales de formation pour la profession. J'en reparlerai.

## Les liens du SPH avec les Organisations de Praticiens Hospitaliers

Les pouvoirs publics ont engagé avec les cinq Intersyndicales de Praticiens représentatives des concertations sur les évolutions souhaitées dans le cadre du projet de loi.

### La Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH)

C'est l'une des cinq intersyndicales de médecins hospitaliers. Vous pourrez vous repérer et faire le point pour votre navigation sur une autre carte, celle des intersyndicales de praticiens dans le livret pour les conseillers.

Le SPH est historiquement un acteur majeur de la CPH à la hauteur de notre représentation, je rappelle les présidences de Pierre Faraggi et de Jean-Claude Pénochet et c'est à ce titre que nous participons aux instances nationales de différents organismes et aux groupes de travail. Suite à la démission de JC Pénochet, la CPH a élu à l'automne 2014, un nouveau bureau avec la nomination de Jacques Trevidic ancien secrétaire général sur le poste de Président. Merci Jacques d'être présent et actif tout au long de notre congrès. Le SPH est représenté au CA de la CPH par Isabelle Montet, Denis Desanges, Jean-Pierre Salvarelli et j'y assure la charge de secrétaire général.

Le travail a été depuis des mois véritablement colossal avec la multiplication de groupes de travail avec la DGOS et le cabinet de Marisol Touraine. Constat

d'un changement de politique avec les précédents et une volonté réelle du ministère de concertations sociales avec les représentants élus des praticiens. Réunions multiples en lien avec la préparation des décrets de la future loi par la DGOS et le cabinet de la ministre sur les thèmes de l'organisation de l'hôpital, des territoires, sur la question de la définition du temps médical à l'hôpital.

Ce travail a été amplifié par la mobilisation des urgentistes avant les fêtes de Noël et la circulaire du 22 décembre 2014 qui a suivi avec notre mobilisation en lien avec les risques et conséquences pour le statut et pour les autres spécialités médicales.

Nous avons participé au travail intensif et spécifique sur l'attractivité médicale à l'hôpital avec la mission confiée par la ministre à Jacky Lemenn, ancien sénateur et autre marin malouin dont le rapport n'est pas aussi corsaire que ce que nous avons pu entendre de sa bouche lors de nos échanges. D'autres acteurs ont fait poids dans son écriture.

Les propositions sont bien en deçà des besoins de mesures concrètes de modernisation de l'hôpital pour le rendre réellement attractif à nos jeunes collègues et donner envie aux moins jeunes d'y rester.

Les mesures concrètes et urgentes que nous demandons :

- » La suppression des 5 premiers échelons pour tous les praticiens qui entrent dans la carrière.
- » La possibilité pour les internes de passer le concours de PH dès la fin de leur internat et d'être alors inscrits sur la liste d'aptitude.
- » La fusion des astreintes de sécurité et opérationnelles.
- » Le principe général d'une part d'autonomie minimum de 20 % dans l'organisation du temps de travail des praticiens.
- » L'inscription dans un cadre réglementaire des règles de démocratie sociale au sein des pôles et des services.
- » La possibilité pour tous les secteurs de psychiatrie de constituer un GHT de santé mentale en plus des GHT de territoire avec le secteur MCO.
- » La constitution dans tous les GHT d'une CME commune ayant pour compétences le projet médical commun, la permanence des soins et le DPC.
- » L'attribution d'une indemnité multi établissements aux praticiens d'une même spécialité qui ont constitué un projet médical territorial commun dans le cadre d'un GHT.
- » La généralisation du décompte en 5 demi-journées par 24 heures pour toutes les disciplines et les zones géographiques.

- » La possibilité pour certaines spécialités d'un décompte en temps continu sous réserve de l'avis favorable des instances de l'établissement et de la Commission Régionale Paritaire.
- » La possibilité d'accéder à des valences d'enseignement et de recherche pour tous les praticiens).

Jacky Lemenn devait être sur le pont mais un problème de santé l'en empêche, le poids de cette mission ayant eu sans doute quelques effets sur son dos. Paul Chalvin élève directeur et co-rédacteur du rapport a accepté d'en parler demain après-midi à 14h avec Jacques Trevidic, président de la CPH et Monique D'amore, conseillère nationale chargée des questions statutaires.

Les cinq intersyndicales construisent en principe des positions communes en avant des négociations avec le ministère.

Nous devons tenir fermement ces points forts dans ces réunions face aux directeurs et face à la FHF mais cela est normal ! Par contre nous devons le faire aussi face aux représentants des conférences des présidents de CME de CH Généraux et de CHU qui se positionnent régulièrement en patrons employees !

D'où, je vous le répète, l'enjeu majeur des élections de vos CME et de leurs présidents. Il y a nécessité pour nous d'y être ! Suite à cette élection 2015, il n'y aura pas de modification des CME dans les quatre ans à venir !

Nous avons également été auditionnés à plusieurs reprises par différents élus de l'Assemblée Nationale et du Sénat en phase avec la discussion parlementaire sur la loi de santé, ses multiples écritures et amendements.

Les cinq intersyndicales ont été aussi invitées à Matignon le 28 avril 2015. Emmanuel Vals nous y a reçu près d'une heure et demie avec Marisol Touraine et un conseiller de l'Elysée pour présenter les axes de sa politique de santé, pour nous entendre, mais aussi pour nous remercier du soutien au projet de loi dans le communiqué paru dans *Le Monde*.

Car c'est une loi de santé et de défense de l'hôpital public qui revient sur quelques points d'HPST.

Sur le projet de loi de modernisation du système de santé quelques points :

Il continue son parcours législatif au Sénat après avoir été adopté en première lecture le 14 avril 2015 par l'Assemblée Nationale. Le Sénat et la ministre continuent à proposer de nombreux amendements.

La loi doit être votée en dernière séance publique au Sénat la semaine prochaine, le 6 octobre 2015. Pour la suite en raison des divergences entre les deux chambres, une Commission Mixte Paritaire pourrait se tenir le 27 octobre avec un très probable échec. Ensuite passage en commission affaires sociales à l'assemblée nationale les 9 & 10 novembre et nouvelle lecture à compter du 17 novembre.

Quant à sa publication, nous ne pouvons rien imaginer avant décembre 2015.

Nous avons assisté à de nombreux report dès l'hiver dernier sous la pression des syndicats de médecins libéraux mais aussi de l'Ordre des médecins dont on a vu le président Bouet s'engager sur tous les fronts.

Ce recul avait pu nous faire imaginer la possibilité d'un changement de ministre mais il n'en a rien été. Le

projet a fait alors l'objet d'une décision de procédure d'urgence à la demande de Mme Touraine, ayant depuis la présentation au parlement réaffirmé sa volonté d'aller jusqu'au bout.

Le projet de loi est le sujet d'une table ronde professionnelle SPH SIP vendredi 2 octobre à 14h en présence de Christian Muller, Président de la Conférence des Présidents de CME d'EPSM, de Jacques Trevidic, Président de la CPH, de Michel Triantafyllou, Président du SPE. Elle sera coanimée par Alain Pourrat et Jean-Pierre Salvarelli, je vous invite activement à y participer.

Enfin, le premier ministre engageait la concertation de la Grande Conférence de Santé programmée en janvier 2016.

La CPH participe activement au COPIL de cette conférence et aux groupes de travail définis sur trois thématiques :  
 GR 1 : Formations et c'est Gisèle Apter qui y participe pour la CPH.  
 GR 2 : Métiers, Compétences, Responsabilités.  
 GR 3 : Parcours Professionnels.

Cette nouvelle concertation est ambitieuse, mais la question principale sera celle des moyens qui seront dégagés pour réaliser les objectifs. Seules des mesures d'ordre réglementaire pourront être prises, la loi de santé ne pouvant pas tenir compte de ses propositions. La GCS intervient surtout après d'autres concertations et en particulier la mission Lemenn sur l'Attractivité de l'exercice médical à l'hôpital dont on attend encore le résultat concret !

Vous pouvez suivre régulièrement l'avancée de tous ces travaux par la diffusion de nos lettres d'information et des comptes rendus que nous transmettons par mail, cela doit aussi être la base d'espace d'échanges collaboratifs entre les praticiens.

Les liens intersyndicaux ont vu le rapprochement fort de la CPH et d'Avenir Hospitalier dont les idées sont proches sur les politiques à défendre pour l'hôpital public et ses praticiens. Cela se concrétise par la tenue de Bureaux, Conseils d'Administration ou de Communiqués communs depuis un an. Le renforcement de liens doit se poursuivre et je vous engage tous fermement à participer à la Journée du Praticien organisée par la CPH le vendredi 16 octobre à Paris (MGEN). C'est gratuit et nous y aborderons aussi l'avenir de la psychiatrie publique

Par la place du SPH dans la CPH nous participons à de nombreuses instances nationales :

Au Conseil d'Administration du Centre National de Gestion (CNG). Quelques chiffres extraits du rapport d'activité 2013.

Globalement concernant les PH le constat d'une augmentation des temps plein de 40 % en 10 ans.

Pour la psychiatrie, nous étions au 1 janvier 2014, 5500 psychiatres praticiens hospitaliers, dont 4810 à temps plein et 690 à temps partiel. Les psychiatres représentent 12,9 % des PH (à titre d'exemple les chirurgiens 13,2 %) Nous sommes 12 % à exercer en CHU/CHR et 88 % en CH (proportion qui pour les PH se situe à un tiers en CHRU).

Les femmes sont majoritaires en psychiatrie quel que soit le statut et en progression. Elles représentent 53,8 % des PH en 2014 (soit + 0,60 par rapport à 2013). L'âge moyen se situe à 51 ans. Il est stabilisé par rapport à 2013.

Globalement, le taux de vacance statutaire des PH est variable selon les régions et il se situe en augmentation avec un taux de 24,6 % des postes.

Pour la psychiatrie, sur 6477 postes PH à temps Plein budgétés, seuls 4777 sont occupés statutairement avec un taux de vacance de 26.2 % ! (Taux moyen global 24.6 %).

Et pour les temps partiels, sur 1211 postes budgétés, il n'y en a que 683 occupés avec un taux de vacance à 43,6 % ! (Taux moyen global 42 %).

## Au Conseil National du DPC des Médecins Hospitaliers de l'ANFH

Le dossier du DPC est devenu au fil du temps un marronnier épuisant les énergies et les crédits. Depuis les ordonnances Juppé de 1996, aucun système n'a réussi à convaincre les professionnels. Les épisodes sont tellement nombreux qu'il serait trop long de les relater.

La DGOS a repris en main au printemps ce dossier et a proposé un nouveau schéma du DPC qui voit une évolution notable : L'article 28 du projet de loi réforme le DPC et la gouvernance globale du dispositif pour tous les professionnels de santé.

Le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Chaque professionnel

de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques.

Le DPC c'est le grand tout. La définition donnée du DPC garantit la FMC.

Le DPC n'est plus une méthode, c'est un « contenant » qui englobe des actions de FMC, EPP, gestion des risques, etc.. Il n'y a plus d'obligation de se soumettre à des programmes intégrés comme dans l'ancienne définition.

On ne valide pas son obligation de DPC en ne faisant que des actions prioritaires. Le praticien a le choix de

ses actions avec la réserve du lien avec l'employeur au sens large (CME et Direction des Affaires Médicales).

La place du Conseil National Professionnel de Psychiatrie devient majeure. Les orientations sont définies dès 2016 par spécialité sur la base des préconisations de parcours DPC sur trois ans construits par les Conseils Nationaux Professionnels ! L'ensemble des actions DPC réalisées par chacun sont retracées dans un document dont le contenu et les modalités d'utilisation sont définis par le CNP !

Enfin, la mission et les principes généraux relatifs à la composition et au fonctionnement des CNP seront fixés par décret !

L'article ne règle pas la question de l'organisation fine qui aura un guide spécifique : « mise en œuvre du DPC médical à l'hôpital ».

- ◆ La CME est positionnée dans les textes comme ayant un rôle fort sur le DPC médical, nous demandons qu'elle ait un rôle décisionnel dans l'attribution de son financement.
- ◆ La non fongibilité des enveloppes entre crédits assurance maladie (ancienne taxe labo) et crédits établissements est clairement affirmée. **« Les actions financées dans le cadre de conventions passées entre l'organisme collecteur et l'Agence nationale du dévelop-**

**pement professionnel continu font l'objet d'un suivi comptable distinct des autres actions financées par cet organisme collecteur ».**

- ◆ Il n'y a aucune obligation à ce que les établissements versent leurs contributions à l'ANFH. En revanche, seuls les établissements adhérents à l'ANFH pourront bénéficier des crédits assurance maladie (ancienne taxe labo) pour leurs personnels médicaux !

Pour les salariés c'est aux employeurs et à l'ANFH qu'incombe le fait de financer le DPC c'est-à-dire la

formation, l'EPP, la gestion des risques etc. (L'enveloppe assurance maladie a vocation à financer le DPC des libéraux qui n'ont pas d'employeurs.) Une exception cependant, comme aujourd'hui : l'ANDPC doit verser une partie des crédits assurance maladie (ancienne taxe labo) pour les DPC des personnels médicaux salariés. Cela se fait par convention et c'est dans ce cadre qu'un budget spécifique est attribué à l'ANFH depuis 3 ans maintenant. L'assiette de cette contribution doit faire l'objet d'une clare publicité et le dialogue de gestion avec chaque composante doit se faire dans la plus grande transparence.

## SPH, CPH et Instances régionales

### Aux Commissions Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

On y déplore le peu de place donnée aux représentants des praticiens hospitalier : un représentant sur cent personnes ! Nous demandons qu'il y ait au moins un représentant par intersyndicale Ce représentant participe également à Commission Spécialisé de l'Offre de Soins (CSOS). Nos représentants doivent y faire entendre la voix des praticiens dans la dynamique de régionalisation des politiques de santé et d'organisation de soins.

### Aux Commissions Régionales Paritaires (CRP)

La commission régionale paritaire des praticiens hospitaliers est l'instance du dialogue social au niveau régional. La CPH a dans chaque région des représentants syndicaux aux CRP qui préparent les questions régionales à partir d'une réflexion collaborative au niveau national avec le support d'un fil de conversation internet.

C'est une instance très importante dans la défense des conditions de travail et de la sécurité des praticiens au niveau de chaque région. Elle traite de la permanence et de la continuité des soins, des postes médicaux, de l'attractivité, etc.

Un bilan annuel de leur activité aura lieu lors de la journée du praticien le 16 octobre à Paris.



## SPH & CPH et représentativité

Enfin, pour clore le chapitre intersyndical, nous devons préparer les élections professionnelles qui auront sans doute lieu fin 2016. Pour ceux qui s'en souviennent, les élections précédentes n'ont jamais eu leur résultat publié par le ministère. L'enjeu de représentativité en 2016 sera majeur pour nous !

En effet, la loi de santé dans son article 48 apporte des précisions essentielles sur les droits et moyens syndicaux des praticiens hospitaliers : Elle instaure la création d'un Conseil supérieur des personnels médicaux,

odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

Les critères de représentativité pour les praticiens hospitaliers s'appuieront sur les élections à cette instance avec besoin d'au moins 10 % des suffrages exprimés au sein de leur collège électoral respectif !

(Et aussi avoir obtenu au moins un siège dans au moins deux sections du collège des praticiens hospitaliers de la commission statutaire nationale).

Le SPH revendique une défense syndicale des praticiens au niveau

local par la présence au CHSCT, au niveau régional des CRP ainsi qu'au niveau national dans ce nouveau Conseil Supérieur. Ce conseil sera saisi pour avis des projets de loi et des projets de décret relatifs à l'exercice hospitalier de ces personnels et des projets de statuts.

Pour notre avenir, nous comptons sur votre mobilisation tout au long de 2016 auprès de tous nos collègues dans le soutien des listes portées par le SPH ! Nous aurons besoin de toute votre énergie pour gagner ces élections !

## Le SPH et la régionalisation

La régionalisation, un enjeu politique majeur des prochaines années sur lequel nous devons absolument travailler.

La territorialisation des actions en santé se situe au cœur du projet de loi. Nous savons le rôle des ARS dans la définition des politiques régionales

Les psychiatres du SPH dans chaque région doivent exiger de participer à l'élaboration des politiques des plans régionaux de santé, Nous devons demander dans chaque région des programmes spécifiques aux questions de psychiatrie et de santé mentale, et d'en faire le suivi dans le cadre de comités de pilotage.

La force du SPH est bien son implantation régionale structurée par nos conseillers régionaux et secrétaires d'établissement. Leur rôle dans l'avenir va être majeur par le poids qu'ils

auront en lien avec notre capacité de mobiliser les collègues de chaque région. Nous devons absolument prendre notre place dans les instances de psychiatrie des GHT, dans les Conférences Territoriales de Santé Mentale, dans les Conseils locaux de santé mentale.

Il nous faut penser la régionalisation à partir de l'engagement des acteurs de la politique locale vers les questions de santé mentale en particulier au niveau territorial.

Les conférences territoriales de santé doivent se saisir de ces problématiques et être forces de propositions, de suivi et d'évaluation, car ce sont elles qui sont les plus en phase avec la réalité des problèmes que vivent les populations.

Elles doivent pouvoir également être des instances de poids dans la

négociation des financements avec les ARS sur ces politiques de santé territoriales.

Le bureau du SPH s'est engagé pour accompagner cette dynamique régionale avec les conseillers. Nous proposons de nous déplacer pour participer à des journées régionales sur des thèmes touchant l'organisation des soins en psychiatrie et la place de psychiatres.

Nous devons former les praticiens du SPH par l'organisation de sessions de DPC en partenariat avec la SIP et l'ODPCPsy sur des questions professionnelles. Des thèmes comme la responsabilité professionnelle ou la gestion budgétaire des hôpitaux pour les nuls ont été évoqués et nous sommes preneurs d'autres idées.

## Défense individuelle et collective des syndiqués

Nous sommes de plus en plus sollicités par des collègues qui se trouvent dans une situation pour certains catastrophiques dans leurs établissements.

Nous avons combattu fermement la loi HPST que d'autres défendaient. Le renforcement des pouvoirs des directeurs a eu des effets délétères entraînant des décisions pouvant mettre des collègues en situation de souffrance professionnelle avec d'autres chefs ayant oublié l'impérative collégialité de l'exercice médical à l'hôpital.

## Le SPH au niveau européen

Par son appartenance à la Fédération Européenne de Spécialités Médicales, le SPH participe aux travaux majeurs sur les conditions de travail des médecins salariés et en particulier dans le dossier du temps de travail.

Vous connaissez tous parfaitement l'arrêt valenciens d'octobre 2000 qui a rappelé l'application des règles communautaires sur la sécurité et la santé aux médecins et directive de 2003 du Parlement et du Conseil européen sur le temps de travail des médecins hospitaliers. Les principales dispositions établissent que le temps de travail maximum des PH est fixé à 48 heures hebdomadaires, au-delà duquel si volontariat du praticien, le temps de travail est considéré comme des heures supplémentaires, ou temps de travail additionnel (opt-out).

Nos jeunes collègues internes ont également fait valoir cette obligation et ont obtenu gain de cause en 2015.

Le contexte sécuritaire reste très marqué pour nos patients et leurs soignants et la pression des juridictions comme a pu la vivre notre collègue Canarelli se fait de plus en plus lourde, quand ce n'est pas celle de nos pairs par les décisions du conseil de l'Ordre.

Les conseillers et quand c'est nécessaire le bureau avec Monique D'Amore et Denis Desanges répondent aux questions individuelles et prennent des positions générales sur ces questions.

La pression au niveau européen sur l'amélioration des conditions reste nécessaire à maintenir par nos syndicats. Gisèle Apter y représente le SPH.

Pour terminer, le SPH est issu il y a 70 ans d'une amicale. Faire vivre par nos engagements de tous les jours une pensée collective en action s'appuie sur notre vitalité.

Le gouvernail du syndicat sur ces mers houleuses s'appuie sur un équipage rassemblé par les énergies de la secrétaire générale Isabelle Montet et du trésorier Pierre-François Godet que je remercie de leur soutien.

Nos journées ont été aussi préparées par Gisèle Apter, nouveau capitaine et présidente de la SIP et Jean Oureib secrétaire général de la SIP ainsi que Michel David et Yves Hémerly dans le rôle de flibustiers régionaux accueillants, avec en toile de fond l'ombre tutélaire de Nicole Garret et

Nous pouvons toujours faire appel à Maître Porte Faurens qui a accompagné avec Jean-Claude Pénochet certains dossiers du SPH.

La CPH, avec Avenir Hospitalier et le SNPHare, a passé une convention avec le cabinet parisien d'avocats DEGUILLENCHMIDT spécialisé dans le droit hospitalier pour accompagner les questions juridiques et stratégiques individuelles et collectives.

Enfin vos élus du SPH siègent au Conseil de discipline, à la Commission Statutaire Nationale pour la psychiatrie.

d'Hélène Brun Rousseau et tout le bureau du SPH et le CA de la SIP.

Merci à nos collègues malouins Anne-Marie Hémerly et à Jean-Claude Cordier pour votre accueil dans votre port. Merci aux équipes régionales et à nos jeunes collègues aventuriers qui ont accepté de s'embarquer.

Maintenant larguons les amarres pour cette traversée. Bon vent à tous.

# RAPPORT MORAL

## Isabelle Montet, secrétaire générale

---

« *Qui nescit dissimulare, nescit regnare* » : la maxime dit-on favorite de Louis XI qui érige le secret comme art de gouverner n'aura pas résisté aux Lumières : bonnes fées penchées sur les droits, la Raison et la transparence sont désormais valorisées comme étant aux origines de la démocratie moderne. Sortie de l'état de tutelle grâce aux Lumières, la raison pour Kant peut s'élever grâce au contact de celle d'autrui dans un usage public. Deux siècles après, l'espace public est nettement posé par Jürgen Habermas comme constitutif de la démocratie délibérative.

Le goût pour le secret est donc révolu : frappé du soupçon des tractations occultes liées au pouvoir, il ne saurait résister au droit à l'information que réclame l'opinion pour être gouvernée. La transparence est une exigence devenue mode de fonctionnement démocratique, et elle vient en France de produire les lois du 11 octobre 2013 sous les secousses de l'affaire Cahuzac.

Textes législatifs et règlements tentent d'encadrer une revendication où droit à l'information tel que celui des administrés à accéder aux documents prévu dans la loi de juillet 1978, et droit et publicité de l'information tendent à se confondre. Les débats suscités par l'affaire Gubler / Mitterrand en sont une illustration.

La création des lois semble souvent courir derrière les faits et à l'époque

de la création de la CNIL, aucun texte n'avait prévu l'extraordinaire développement des technologies et d'internet. L'affaire wikileaks réveille alors pour les démocraties la crainte d'être mises en danger par la diffusion d'informations non contrôlées. Et grâce, mais aussi à cause, d'un accès facilité à toute opinion, l'idée du complot n'en finit pas de se propager : le SIDA a été intentionnellement créé par le gouvernement américain ; la mission Apollo n'est qu'un ensemble d'images truquées par la CIA car à quoi bon envoyer un homme sur la Lune ; la princesse Diana a été assassinée ; les tours jumelles ont subi une démolition contrôlée et les avions supposés détournés par des pirates étaient des hologrammes, etc.

Hermès, messager des dieux, spécialiste de la communication, est aussi le dieu du secret. La transparence comporte donc toujours sa part d'ombre, ceci est tout particulièrement vérifiable dans le domaine de la santé.

A la fois affaire privée et objet de politique publique, la santé offre toutes les conditions pour alimenter les heurts entre deux domaines : intérêt collectif contre droit individuel, transparence contre secret, domaine public contre intimité.

Depuis l'espace public décrit par Habermas, on peut aborder l'analyse de la construction de « la loi de modernisation du système de santé »

à partir des outils de la démocratie délibérative : il est ainsi possible à tout citoyen qui veut s'en donner la peine d'accéder aux débats parlementaires, retranscrits et publiés sur les sites internet officiels. On y apprendra que le texte examiné en ce moment même au sénat sera voté le 6 octobre avant retour à l'assemblée nationale. L'étude du contenu des échanges permet de voir que le sénateur Milon, fidèle à son rapport de 2009, exprime sa certitude que la psychiatrie a un vrai problème, celui d'avoir été séparée de la médecine, et que sans objection, il affirme qu'il s'agit là de la cause de réduction d'espérance de vie des malades hospitalisés en psychiatrie, faisant fi de tous les facteurs de fragilisation somatique inhérents aux troubles mentaux et à leur diversité ; il y voit donc une bonne raison de favoriser des GHT mêlant services de psychiatrie et médecine. A l'opposé, sur les articles 13 traitant de l'organisation de la psychiatrie, d'autres sénateurs tentent de transmettre l'importance d'une organisation des soins qui ne balaierait pas le secteur, et plaidant pour le maintenir à taille raisonnable. Mais sans succès sur la rédaction du texte.

L'espace public décrit par Habermas est également traversé par les flux communicationnels parmi lesquels les productions médiatiques de la « rhétorique plébiscitaire » diffusée par chaque camp politique. Les sénateurs de l'opposition, en majorité





au sénat, ont donc vanté devant une communauté médicale libérale très mobilisée contre la loi, leur pouvoir de « réécrire complètement le texte ». De son côté, la ministre de la Santé a mis en avant les mesures slogans pour justifier cette nouvelle loi : l'accès aux soins pour tous et la lutte contre les inégalités de santé incarnées dans la généralisation du tiers payant. De l'examen par le Sénat ces dernières semaines de centaines d'amendements, les médias n'auront transmis dans l'opinion publique que quelques mesures supposées parlantes: adoption de l'expérimentation des salles de shoot, assouplissement de la loi Evin à propos de la publicité sur l'alcool, refus du paquet de cigarette neutre et comme annoncé, refus de la généralisation du tiers payant.

Avant cela, le processus de construction de la loi a fait appel à ce que Simone Chambers décrit comme un virage institutionnel de la démocratie : l'utilisation de « mini espaces publics » de délibération, préformatés. La conférence nationale de santé, alimentée par différents rapports confiés à des personnes choisies, a élaboré des orientations traduites en « stratégie nationale de santé ». Comme le style a changé depuis HPST, et qu'il est mal vu de clamer que le directeur est le seul patron, un pacte de confiance a été confié à Edouard Coutu pour rétablir le dialogue avec les hospitaliers et redéfinir le véritable service public hospitalier (SPH). Il en résulte une remédicalisation annoncée de la gouvernance et le dialogue social est invité à figurer expressément dans la loi par

la création de nouvelles instances et de règles de représentativité syndicale nationale pour les PH.

Promesse de campagne faite aux opposants à la loi HPST, on n'aura pas la candeur de croire que la loi de santé ne vise qu'à rectifier certains aspects de la loi HPST. C'est en fait la modernisation de tout un système qui est arboré, car jugé inéquitable et incapable de répondre à la progression des maladies chroniques et aux enjeux de l'allongement de la durée de vie : sur fond de déficit de l'assurance maladie, il y figure un « service territorial de santé au public », des mesures pour faciliter le « parcours de santé » et des groupements hospitaliers de territoires. Il s'agit donc bien d'une loi d'organisation. Cependant la mise en forme a beau différer, l'essentiel de

la loi HPST n'est non seulement pas remis en question mais est prolongé : la décentralisation est toujours matérialisée par des territoires de santé et des ARS renforcées, et le contrôle de l'État est accentué pour la gestion du risque comme le prévoit dans le titre IV le renforcement de l'alignement de l'État et de l'assurance maladie. Les instances de gouvernance, la contractualisation chargée d'accroître la performance ne sont pas défaits. La mutualisation, les coopérations entre public et privé et entre secteur sanitaire et médico-social sont réaffirmées. Au point que de facultatives dans HPST, les CHT deviennent obligatoires et groupements hospitaliers de territoires.

Cette loi poursuit la politique publique qui fait de la performance des systèmes de santé et de l'efficacité de l'utilisation des budgets des cibles, tout en recherchant la maîtrise des risques et de la qualité.

La rationalisation et la logique gestionnaire, assorties de leurs outils managériaux d'organisation industrielle qui sont au cœur de ces choix politiques vont donc continuer de progresser.

Comme la rationalisation réclame la transparence, on voit dans les services de soins se développer non seulement une organisation managériale, mais aussi un travail de création d'organisation liée à l'exigence de traçabilité dans la maîtrise des risques et des démarches qualité. Sociologues et chercheurs sur les organisations se sont penchés sur l'impact dans le domaine de la santé de ces outils issus de l'entreprise industrielle et en tirent quelques observations :

◆ Le travail idéal commandé par les standards et les référentiels de la certification ou d'évaluation prescrit

des activités de plus en plus formalisées aux personnels qui doivent en retour produire les traces visibles et rassurantes d'atteinte de cet idéal. Or, Strauss souligne que les activités de soins ne se prêtent au contrôle des processus tel qu'il est appliqué aux processus industriels qu'en situation de routine. En effet, la nature des activités de soins contient trop de contingences tenant aux techniques médicales au caractère en partie imprévisible de la maladie et des malades et de leur environnement, aux trajectoires de patients qui impliquent une variété d'acteurs et d'interactions entre unités non appréhendés. Il en résulte un travail simulé accompagné d'un travail de dissimulation, hybridation entre l'activité prescrite et l'activité de soin véritable.

◆ La rationalisation dans les organisations attribue à l'information un caractère essentialiste : toute information doit avoir une signification unique et non ambiguë, de façon à être partagée dans des bases de données et la communication doit être un échange facilité de données. A partir d'un travail sur la communication des organisations de santé, Roux observe le travail émotionnel dans les pratiques des soignants dans un service de chirurgie sachant que le décret sur les compétences de la profession d'infirmier de 2004 attribue au rôle propre de l'infirmier la prise en compte des composantes psychologiques dans la relation au patient. A contrario, les outils de gestion prescrivent des règles de comportement organisationnel strictes où les émotions doivent être tenues à distance. Roux observe que la réunion de transmissions des soignants devient alors un espace collectif de négociation des émotions individuelles,

soit pour contourner l'émotion par l'humour, ou la nier en la ramenant vers l'acte technique, et postule que face à la contradiction imposée par les règles de gestion, les transmissions d'équipes sont stratégiques pour la reconstruction collective d'une identité et d'une activité professionnelle conforme à l'imaginaire infirmier.

Bien installée dans ses organisations, la rationalisation est une conséquence du caractère public de la santé. L'histoire de la médecine montre que la naissance de la santé publique a été difficile. Les crises sanitaires, l'évolution de la science (de la pasteurisation au séquençage du génome humain, en passant par la découverte de la pénicilline) ou la naissance de la sécurité sociale sont quelques-unes des étapes qui ont fait l'expansion de la santé publique. Son institutionnalisation au cours du 20<sup>e</sup> siècle est marquée des oscillations entre logique de préservation collective du corps social et considérations variables selon les époques sur la responsabilité de l'individu gardien de sa propre santé.

Affaire privée ou publique, la santé mentale semble n'avoir jamais été une affaire tout à fait privée si l'on considère ses liens historiques avec l'ordre public, qu'il soit préfectoral, ou à travers les institutions des ordres religieux chargés de prendre en charge les malades. Lise Demailly rappelle qu'il s'agit de la variété de la médecine réalisant la connexion la plus étroite entre l'intime et les préoccupations publiques. Que ce soit sous empire du traitement moral ou aujourd'hui sous théorie neurobiologique, le contrôle social est toujours inscrit dans les politiques de santé mentale.

La psychanalyse en a fait une question de l'intime, avec un succès certain dans l'après-guerre mais qui se heurte aujourd'hui à l'exigence de transparence. Frappée comme le secret de suspicion, la psychanalyse apparaît archaïque, d'autant qu'elle ne se prête pas aux outils de rationalisation : référentiel, évaluation chiffrée, standards.

Le flou des frontières entre domaine privé et public en psychiatrie s'exerce encore ailleurs. Depuis le goût pour les récits autobiographiques, internet, les forums et les réseaux sociaux et autres télérealités valorisent la publicité de l'intime. A la faveur du développement des outils techniques, du simple téléphone portable qui installe dans le domaine public les affaires privées, au développement des caméras de surveillance, les usagers renoncent volontairement au secret. L'appétence pour la transparence crée des espaces publics de partages d'expériences qui fournissent aux malades l'occasion de construire un savoir profane. Le cybermalade peut gagner les collectifs, parfois militants lorsqu'il s'agit de réagir aux affaires et crises sanitaires. Cette mise en scène de soi dans l'espace public comme malade ou souffrant ou modèle de patient actif, participe à la reconfiguration de la

subjectivité. Et lorsque cette redéfinition de l'intime de l'usager rencontre la rationalisation des politiques publiques, l'éducation thérapeutique, les techniques de réhabilitation et de rétablissement, de rééducation du handicap, prennent de l'ampleur pour dessiner l'image du malade autonomisé, responsabilisé face au savoir dominant des professionnels jugé insuffisant voire suspect ; la santé mentale paraît y trouver un nouveau souffle grâce aux techniques et dispositifs basés sur l'empowerment des usagers.

Dans un tel contexte que reste-t-il d'un principe autrefois sacralisé, le secret, notamment médical ? Face à la transparence érigée en vertu démocratique, il peut être utile de souligner que la transparence absolue édictée en idéologie peut devenir une injonction qui se retourne contre le droit qu'elle prétend servir et que la visibilité intégrale constitue un projet des totalitarismes. Le secret dessine l'intime et la conscience de l'être : sa disparition est celle de la limite et équivaut à la dissolution de l'être. Valeur hautement morale lorsqu'il sert la défense de la dignité, il alimente un autre droit inscrit dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, qui peut entrer en concurrence avec celui réclamé à l'information : le respect de la vie privée.

Médical, le secret tient sa force d'une tradition ancrée dans l'histoire depuis le IV<sup>e</sup> siècle avant JC. Il peut être considéré comme un aspect essentiel de civilisation, de portée universelle et de transmission quasi sacrée symbolisée par le serment qui lie le médecin à sa communauté. Moyen de défendre l'intégrité et la protection de l'être qui révèle sa vulnérabilité à un autre, il attribue une valeur au malade, au-delà même de la mort du patient qui n'en délivre pas le médecin ; il signe la reconnaissance de l'homme par l'homme, D'abord simple obligation morale, son non respect a été sanctionné déontologiquement par les juridictions disciplinaires à partir du XIX<sup>e</sup> siècle. Il reçoit un renfort juridique avec sa légalisation dans le code pénal, ce qui inscrit son rôle dans la cohésion sociale. D'abord de droit privé, sa pénalisation lui reconnaît une dimension d'ordre public : le respect du secret est une condition d'efficacité pour une profession par la confiance que lui confère la société.

C'est peut-être guidée par ce critère d'efficacité que la réforme du code pénal de 1994 a dissout par l'article 226-13 le secret médical dans l'ensemble des secrets professionnels. C'est l'article suivant qui à propos des



dérogations réintroduit la référence explicite au médecin. Car après des siècles sans encombre, le secret médical présente de plus en plus de brèches motivées par la défense de l'ordre public, la protection sanitaire ou même la demande des patients eux-mêmes.

L'histoire de la construction difficile de la santé publique montre comment chacune des tentatives de politique de santé a crispé les relations entre médecins et État, comme pour la loi de 1904, au nom de la défense du secret médical pour s'opposer aux déclarations obligatoires des maladies contagieuses, ou autour de la naissance de la sécurité sociale contre les risques de mise sous tutelle de la médecine libérale.

Pour la psychiatrie, la loi sur les soins sans consentement prévoyait dès l'origine les conditions de dérogation au secret, Mais la réforme de 2011 multiplie, paradoxalement au nom de la défense des droits du patient, les occasions de ne pas respecter le secret médical : avec l'inflation des certificats, les informations à caractère médical circulent dans les bureaux indifférenciés des administrations avant d'atteindre l'autorité qui en est destinataire.

En matière d'organisation sanitaire, l'ouverture, la collaboration et le décloisonnement semblent avoir les mêmes qualités que la transparence pour servir le discours sur l'organisation des soins. Outre le contenu des mesures qui valorisent avant tout l'échelle du territoire, intégrant une santé mentale qui n'aura définitivement pas eu sa loi cadre, et réduit le secteur à une mission non définie, la loi de modernisation du système de santé prévoit de faciliter l'échange d'informations entre professionnels. Comme l'a relevé notre collègue Michel David, la nouvelle rédaction de l'article L 1110-4 du CSP qui faisait référence au secret partagé étend désormais l'échange d'informations à l'ensemble des personnels intervenant dans la prise en charge d'un patient, qu'ils soient professionnels de santé ou non.

Dire que l'usage du secret médical s'affaiblit d'autant plus que l'informatique s'introduit dans les activités sociales est une litote. L'informatique hospitalière, le dossier informatisé, l'usage de la carte vitale et du système SESAM-Vitale dans l'effort de maîtrise de dépenses de santé n'ont pas fini de soulever les questions sur l'utilisation et la sécurisation des

données. On savait que les patients pouvaient prendre conseil sur internet ; ils peuvent maintenant acheter de la consultation à partir de 2,99 euros sur Mesdocteurs.com et trouver des applications numériques chargées de collecter diverses constantes de santé personnelles. La e-santé est en marche et avec elle son ubérisation. Maintenant l'article 47 du projet de loi prévoit l'open data de toutes les données de santé, grâce à la création d'une « superbase de données de santé » qui regroupera les données des établissements, de l'assurance maladie, des MDPH, les causes de décès, et certaines données des mutuelles. La ministre rassure sur les garanties pour la vie privée des usagers grâce aux contrôles des demandes d'accès. Mais sachant que les enjeux commerciaux liés au big data, sont considérables, la création de la plus grosse base de données individuelles ouverte d'accès oblige à imaginer qu'il ne pourra advenir qu'un nouveau modèle pour la santé. La place et les intérêts des assurances privées est à prendre en compte avec une obligation pour les employeurs de fournir à leurs salariés une couverture complémentaire au 1<sup>er</sup> janvier 2016, introduite par la loi de sécurisation de l'emploi.



Nous avons déjà eu l'occasion, ne serait-ce que dans la succession de réformes de ces dernières années de voir que le système de santé est en pleine transformation. L'impact sur notre place de praticien au sein des établissements se révèle déjà dans les situations individuelles de conflits ou atteintes statutaires soumises au syndicat. Il faut aussi réaliser que ces effets sont progressifs, remous plus ou moins tardifs d'une politique de santé mise en œuvre il y a une trentaine d'années guidée par le néolibéralisme. Nous n'avons pas fini d'en appréhender les conséquences. Comme psychiatres de service public, les troubles d'une société en mutation viennent également interroger nos pratiques dans des enjeux que j'ai simplement esquissés. Nos actions doivent s'inscrire dans un cadre dont les limites peuvent paraître borderline, thème du congrès, à l'image d'une société qui peine à trouver son équilibre entre les extrêmes, sous des soubresauts de niveau mondialisé. On peut tenter de voir comme signes de ces balancements extrêmes des événements aussi opposés que, d'un côté : l'énergie déployée par un psychiatre, contre toute éthique médicale, pour faire condamner à Rennes son patient sur des faits pour

lesquels il avait été reconnu irresponsable 10 ans plus tôt, et ne pas être le moins du monde inquiété pour rupture du secret ; de l'autre la condamnation d'un psychiatre chef de pôle par le conseil de l'Ordre pour rupture du secret médical suite à la rédaction d'un courrier portant sur un cadre de son service. Comme si les exigences de respect du secret se rigidifiaient sur certains d'autant plus que la société s'en passait par ailleurs, et particulièrement selon les interprétations du moment sur les exigences de sécurité ou d'ordre public. C'est l'exemple récent de la loi sur le renseignement qui exclut les médecins des professions faisant l'objet de mesures particulières de protection des données.

Face à ces mutations, la place du syndicat est d'autant plus importante qu'il y a intérêt à appréhender collectivement la complexité et à résister au repli et à l'isolement que pourraient produire le sentiment d'être en situations de crise.

Les thèmes des ateliers et tables rondes de notre AG témoignent de la conscience que notre syndicat a de ces défis multiples ; les réflexions portant les pratiques de contention et d'isolement n'auront pas attendu

une pétition pour être inscrit au programme d'AG en début d'année tout comme les préoccupations sur le sujet avaient déjà trouvé à s'exprimer dans les programmes DPC proposés. Les modifications prévues sur l'attractivité médicale et les règles de représentativité syndicale justifient auprès d'autres syndicats et disciplines, l'implication du SPH au sein de notre intersyndicale. Et pour toutes ces raisons, la dynamique inscrite dans la réflexion scientifique, dans la formation et l'information grâce à la revue L'information psychiatrique ne peut que s'affirmer. Vous découvrez ici un nouveau logo, un site réactualisé est à l'étude et nos supports d'informations doivent se diversifier.

C'est donc inspiré, que le SPH poursuivra son engagement dans tous les chantiers que le président Marc Bétrémieux vous a présentés, jusqu'à une prochaine AG qui nous conduira à Bruxelles pour discuter de la « Psychiatrie du futur », thème du congrès de 2016. Où nous vous donnons RDV.

Bonne AG, bons travaux et bon congrès à tous.



# MOTIONS SYNDICALES

## Motion 1 : Isolement et contention

*Adoptée à l'unanimité*

La contention et l'isolement ne sauraient être limités au fait d'attacher ou de mettre en « chambre d'isolement » et renvoient aussi à d'autres champs que celui de la psychiatrie comme les urgences, la gériatrie, l'inféctiologie, etc.

Ce sont deux pratiques liées dès l'origine à notre discipline qui doivent aujourd'hui bénéficier d'un travail d'élaboration de « bonnes

pratiques » et d'un cadre légal. Les lieux d'isolement et de contention ne sauraient être considérés comme des chambres mais comme des espaces de soins spécifiques.

Par ailleurs, nous devons poursuivre le travail de réflexion sur la prévention des situations qui amènent à ces actes thérapeutiques, réflexion qui doit porter sur l'analyse institutionnelle, les

formations cliniques et thérapeutique, les moyens humains, les aspects architecturaux.

Le SPH souhaite être associé aux travaux de la HAS et être partie prenante dans la mise en place d'un observatoire national de ces pratiques s'appuyant sur l'analyse des données existantes, avec le souci d'en améliorer la traçabilité.

## Motion 2 : Statut de psychiatre hospitalier

*Adoptée, 18 abstentions*

### **Entrée dans la carrière hospitalière**

Le SPH demande :

- » La suppression des cinq premiers échelons pour tous les médecins dès le début de carrière.
- » Un accès possible la dernière année de l'internat au concours national de PH avec inscription sur la liste d'aptitude.
- » La prise en compte des années d'internat dans l'ancienneté.
- » Les mêmes avantages et droits pour les praticiens en période probatoire que pour les praticiens titulaires.

### **Temps de travail**

Le SPH demande :

- » Le respect de la borne de 48H hebdomadaire maximum, avec possibilité pour chaque praticien de faire valoir ce seuil en auto-déclaratif même au sein du décompte en demi-journées.

» L'introduction d'une 5<sup>ème</sup> demi-journée par période de 24H de travail, incluant une demi-journée de soirée pour permettre la reconnaissance du travail en horaires longs.

» La fusion des astreintes de sécurité et opérationnelles.

» Le principe général d'une part d'autonomie minimum de 20% dans l'organisation du temps de travail des praticiens ;

» la possibilité d'accéder à des activités d'enseignement et de recherche pour tous les praticiens ;

» La prise en compte des conditions de travail des praticiens au sein d'instances locales telles que le CHSCT avec des règles de représentativité des syndicats de praticiens clarifiées.

### **Organisation**

Le SPH demande des garanties pour que dans les futurs GHT la mobilité des praticiens soit volontaire et justifiée par un projet médical issu des équipes concernées et avec une compensation financière de l'ensemble de l'équipe médicale sous la forme d'une indemnité.

### **Activités d'intérêt général**

Le SPH exige le respect du droit statutaire à l'exercice des activités d'intérêt général, trop souvent contesté localement.

### **PH à temps partiel/temps plein**

Le SPH demande la fusion des statuts de PH temps plein et temps partiel.

### **Démocratie hospitalière**

Le SPH demande :

- » un fonctionnement démocratique restauré au sein des pôles et des services en référence avec les orientations du rapport Le Menn.



### Motion 3 : Particularités de l'exercice de psychiatre hospitalier en Outre-Mer

*Adoptée, 21 abstentions*

Le SPH exige pour les Outre-Mers l'engagement d'une réelle politique d'attractivité pour les praticiens hospitaliers des Etablissements publics et l'amélioration de leur statut :

- ◆ Il dénonce les menaces qui pèsent actuellement sur les indemnités spécifiques des Outre-mers.

- ◆ Il réclame :

- » L'alignement des rémunérations de l'ensemble des médecins hospitaliers titulaires ou contractuels sur celui du reste de la fonction publique hospitalière (40 % d'indemnité de vie chère dans tous les DOM).

- » La formation médicale continue financée sur la même base que le personnel hospitalier (2,1 % de la masse salariale, afin d'intégrer les importants frais d'éloignement et de déplacement).

- » Des procédures d'accélération de carrière professionnelle par des dispositions de bonification d'ancienneté pour les personnels médicaux exerçant en Outre-Mer.

- » L'amélioration des conditions de droit à la retraite des personnels médicaux exerçant en Outre-Mer (4 années validées pour 3 années effectuées).

- » La possibilité dérogatoire de recruter des praticiens hors Communauté Européenne à l'instar de la Guyane.

## Motion 4 : Formation en psychiatrie

*Adoptée, 1 vote contre, 2 abstentions*

Le SPH affirme la spécificité de la psychiatrie en tant que discipline médicale.

Le SPH rappelle que les psychiatres non universitaires participent historiquement à la formation initiale en psychiatrie et le SPH exige d'être associé

à la construction de la maquette des étudiants en psychiatrie.

Le SPH exige que la formation s'appuie sur la pratique en secteur psychiatrique sous la forme de 4 semestres obligatoires.

Le SPH exige le maintien de 2 semestres obligatoires de pédopsychiatrie dans le cursus de l'internat quelle que soit la surspécialisation ultérieure afin d'assurer les connaissances indispensables dans le domaine du développement psychique.

## Motion 5 : Pédopsychiatrie

*Adoptée à l'unanimité*

### **Proposition de loi relative à la protection de l'enfance**

Le SPH suit attentivement la proposition de loi relative à la protection de l'enfance ainsi que la feuille de route présentée par Madame Rossignol.

Le SPH accueille avec intérêt les dispositions du texte qui, modifiant la loi de 2007, mettent l'enfant au centre du système de protection avec l'adoption d'un projet pour l'enfant (PPE) afin d'en faire un véritable instrument au service de l'intérêt supérieur du mineur (article 5) : mieux prendre en compte les besoins de l'enfant et les ressources de son environnement afin de favoriser la stabilité de son parcours.

Néanmoins n'est pas abordé, à côté du renforcement de la prévention, l'instauration d'une évaluation pédopsychiatrique permettant la prise de mesures de protection très précoce de l'enfant si elles sont nécessaires.

La volonté de stabiliser le parcours de l'enfant ne doit pas être un prétexte pour différer un placement s'il est indispensable.

Il est essentiel de favoriser la création d'unités de psychiatrie périnatale qui ont un rôle majeur dans la prévention.

Rappelle le rôle fondamental de la pédopsychiatrie dans le dépistage et la prévention du stress précoce ayant des conséquences gravissimes sur le développement de l'enfant.

### **Autisme**

Le SPH soutient le Communiqué du CNPP (Conseil National Professionnel de Psychiatrie) concernant les directives ministérielles sur les actions de formation relatives à l'autisme qui remettent en cause les principes de l'organisation du DPC des médecins et qui donnent à l'autisme un statut dérogatoire.

Le SPH soutient la nécessité de formations ouvertes, diversifiées, sans exclusive, issues de méthodologies de recherche reconnues, définies par des professionnels qualifiés, agréés et demeurant indépendants, et ce quel que soit le domaine des soins psychiques concernés.

## Motion 6 : Organisation et territoires pour la psychiatrie dans la loi de santé

*Adoptée à l'unanimité*

Le projet médical partagé se doit d'être le socle constitutif d'un GHT, préalable indispensable à l'établissement de sa convention constitutive.

Le territoire du GHT doit correspondre à un bassin de vie porteur d'une dyna-

mique de territoire et non être un territoire déterminé administrativement. Sa configuration doit garantir une accessibilité totale des usagers aux soins.

Tout établissement gérant des secteurs de psychiatrie, qu'il soit CHS ou hôpital

général, doit pouvoir participer à plusieurs GHT dont un au moins de psychiatrie et santé mentale, à projet médical unique spécifique, porté par une CME commune.



## Motion 7 : Financement de la psychiatrie

*Adoptée à l'unanimité*

En référence au communiqué intersyndical SPH - IDEPP - SPEP du 2 juillet 2015 « La psychiatrie peut-elle faire plus avec moins ? », le SPH demande :

- » Un budget spécifique pour la psychiatrie et la santé mentale sanctuarisé au niveau national et fléché au niveau régional.
- » La transparence sur les règles de répartition des dotations annuelles de financement.
- » La consultation des syndicats de psychiatres pour les décisions budgétaires concernant la psychiatrie.

## Motion 8 : secret médical en psychiatrie

*Adoptée à l'unanimité*

Le SPH constate de nombreuses entorses au secret médical au travers du recours par certains établissements de santé à des organismes privés de codage.

Il s'inquiète du recul et de la dilution progressive de ce principe fondateur de la relation de soins qu'est le secret médical dans de nombreux textes législatifs ou réglementaires.

Il condamne ce que prévoit le projet de loi de modernisation de notre système de santé en termes de partage d'informations cliniques au-delà du domaine sanitaire et la définition floue des équipes de soins.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication permettent un échange rapide des informations entre professionnels de santé, mais il n'existe aucune certitude quant à la sécurisation fiable des données de santé qui sont prises dans ces flux incontrôlables.

Le SPH exige une sécurisation absolue et des réseaux en préalable à la circulation et l'enregistrement des données de santé, respectant le secret médical, gage d'une relation de confiance entre le médecin et son patient et qui a été instauré dans l'intérêt de ce dernier.

Le SPH exige que les décrets et textes d'application de la future loi de santé respectent de façon absolue les principes fondamentaux du secret médical.

Afin de respecter le secret médical et l'intimité de la vie privée du patient, le SPH demande la systématisation de l'huis-clos lors des audiences du JLD dans le cadre du contrôle des soins sans consentement.

Le SPH exige le respect de la confidentialité des données médicales et que l'accès aux dossiers en vue d'un codage soit réservé au médecin responsable du département d'information médicale (DIM).

## Atelier dynamique syndicale

Nous proposons de repenser les articulations et la communication entre les différents niveaux de fonctionnement du SPH, de trouver des supports permettant les témoignages des syndiqués de terrain et une meilleure lisibilité de l'état de la psychiatrie en fonction des régions, de faciliter la connaissance et l'appropriation des grandes orientations du SPH.

Nous proposons de réaliser une enquête sociologique en s'appuyant sur un questionnaire portant sur l'affiliation syndicale dont les résultats seraient restitués à la prochaine AG à Bruxelles.

Nous souhaitons développer la participation des jeunes collègues - internes, assistants, etc. - au bureau national.

Nous proposons de réaliser des conférences d'information professionnelle destinées aux internes, plus particulièrement centrées sur le fonctionnement hospitalier et les missions spécifiques liés à l'exercice hospitalier en lien avec les différentes instances ou ARS.

## Rapport du trésorier

L'assemblée générale vote le quitus au trésorier à unanimité moins 1 abstention

# TABLE RONDE : ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PSYCHIATRIE

## La psychiatrie peut-elle faire plus avec moins ?

Marc Bétrémieux

La psychiatrie peut-elle faire plus avec moins ?

C'est sous ce titre que l'ensemble des syndicats de la psychiatrie publique dénonçait le 2 juillet 2015 la baisse délibérée des dotations annuelles de financement (les DAF). Ce choix politique attaque les efforts des équipes de soins pour maintenir l'offre de prise en charge. Cela a pour effet le délabrement des secteurs de psychiatrie alors que la ministre dans sa présentation du projet de loi de modernisation du système de santé fait du secteur un axe majeur de la politique de santé mentale.

### Les Troubles psychiques en 2015

Les troubles psychiques sont fréquents. Plus d'un quart de la population mondiale viendrait à en souffrir un jour ou l'autre (OMS).

Ils ont des conséquences économiques importantes pour les sociétés et nuisent à la qualité de vie des individus et des familles (OMS, 2001).

**En France, en 2011 : c'est 22,6 milliards d'euros, c'est 15 % des dépenses de santé** qui concernent la santé mentale. C'est le deuxième poste de dépenses derrière les hospitalisations ponctuelles et devant les pathologies cardiovasculaires ou le diabète (Cnamts, 2013).

La charge des troubles psychiques a longtemps été sous-estimée du fait de leur faible létalité directe. Les troubles psychiques sont responsables d'un peu plus d'1 % des décès mais **ils représentent près de 11 % de la charge globale de morbidité en 2012**

(exprimée en années de vie perdues en bonne santé).

Globalement en France, le système de prise en charge des troubles psychiques est caractérisé par :

- » Une diversité des organisations : secteur libéral, secteur public hospitalier, secteur médicosocial.
- » Une diversité des financements (rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier).
- » Une diversité des structures (centres médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...).
- » Une diversité des modalités de soins (en ambulatoire, à temps partiel et à temps complet) et d'accompagnement (services d'accompagnement à la vie sociale et d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, groupes d'entraide mutuelle... (Coldefy, 2005).

Près de 600 établissements de santé assurent une prise en charge hospitalière en psychiatrie.

Ils proposent un total de 55 390 lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale (au 31 décembre 2011 Drees, 2013).

La France se situe au sixième rang des pays de l'OCDE les plus dotés en lits d'hospitalisation psychiatrique.

La moitié de ces établissements sont publics et près des deux tiers sont mono-disciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline.

**Le point essentiel est que contrairement aux autres disciplines médicales, les patients suivis en psychiatrie le sont majoritairement en ambulatoire !** : consultations en centres médico-psychologiques, équipes sectorielles de soins à domicile, en unités somatiques ou aux urgences.



Mais paradoxalement nous ne connaissons en 2014, que le nombre de patients hospitalisés : 415 000 (dont 75000 en soins sans consentement).

Par contre pour connaître les files actives des secteurs, il faut remonter à 2003, date des dernières statistiques de secteurs reprises dans le rapport Couty de 2007.

Les files actives de psychiatrie publique étaient alors de 1 230 000 personnes suivies en psychiatrie adultes et de 470 000 enfants suivis en psychiatrie infanto-juvénile.

Les secteurs recevaient en moyenne 3 % de la population adulte et 4.5 % d'enfants et d'adolescents de leur territoire.

L'outil de soins de la sectorisation, alors qu'il répond aux objectifs de la loi comme la nécessaire continuité

organisée et la proximité de soins se trouve par ailleurs attaqué de tous les côtés et en particulier par la diminution globale des moyens que l'État lui consacre.

Contrairement à ce qu'affirme la ministre, cette restriction budgétaire affecte directement les emplois qui se voient gelés et supprimés pour notre discipline dont l'outil de soins est constitué à 90 % par le personnel aux compétences relationnelles et soignantes.

Dès 2013, quelques DGARS anticipaient sur les décisions de la ministre en décidant de gels des DAF de psychiatrie.

Certains DGARS avaient lancé des programmes régionaux en psychiatrie et en santé mentale qui se voulaient

ambitieux pour la population mais qui dans les faits entraînaient le transfert direct des finances vers les services médico-sociaux ou sur des thématiques dites de prévention.

Cela se passait par exemple dans le Nord-Pas-de-Calais alors que les indicateurs de santé sont dans certains territoires comme l'ancien bassin minier, catastrophiques en termes de morbidité et mortalité prématurée dans un contexte de marasme économique et social.

Cela se passe dans une région où le taux de recours au système de soins est extrêmement important mais tardif avec sur certains secteurs des moyens en personnel qui se situent bien en deçà des moyennes régionales et nationales en psychiatrie.

Cela se passe aussi en Picardie où l'offre de soins est déjà supprimée sur certains territoires comme nos collègues pédopsychiatres l'ont rappelé au préfet, au Directeur Général de l'ARS et aux élus de la région au début septembre.

Cela se passe actuellement dans toutes les régions et nos collègues de Guadeloupe ont lancé un communiqué indigné demandant des comptes à leur ARS.

Ce mouvement va bien sûr s'étendre à toutes les régions de France car les psychiatres et leurs équipes, ne peuvent rester indifférents à des décisions touchant les populations fragilisées et en situation de grande vulnérabilité.

Les contraintes budgétaires accumulées sur l'ensemble des secteurs entraînent directement gels de postes et suppressions d'effectifs soignants, conséquence programmée d'une politique au rabais.

L'offre de soins nationale et territoriale en santé mentale en est fortement diminuée entraînant des risques pour la sécurité des patients et pour les professionnels.

Cela étouffe les réorganisations, les stratégies de prévention et le développement de parcours de soins inno-

vants que les tutelles appellent pourtant à déployer.

Que penser dès lors des listes d'attente en augmentation dans nos secteurs en lien direct avec deux facteurs :

- » L'augmentation constante des files actives en phase avec une reconnaissance du dispositif par les patients et leurs familles.
- » La diminution du personnel soignant liée aux restrictions budgétaires.

Le mode de financement actuel repose sur une dotation annuelle de fonctionnement qui couvre les activités de psychiatrie.

La dotation comprend l'ensemble des prises en charge (temps complet, l'hôpital de jour et les CMP, etc.).

Les dotations sont fixées par arrêté du directeur de l'ARS de rattachement de l'établissement de santé et versées mensuellement par les caisses d'assurance maladie compétentes.

Chaque établissement est ensuite autonome dans l'allocation des ressources, ce dernier point n'est pas favorable à la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux où cohabitent des activités tarifées en T2A et une activité de psychiatrie sous le régime de la dotation globale.

Je cite Edouard Couty « Tous les responsables nous ont indiqué que la situation était souvent délicate, car lorsqu'un hôpital général est déficitaire du fait de la T2A, par exemple du fait d'une petite baisse d'activité en maternité ou en chirurgie, on vient prendre sur la masse du budget global de la psychiatrie pour rééquilibrer les comptes de l'établissement. ».

« L'inconvénient majeur du modèle actuel de dotation globale est de pérenniser les inégalités.

Il repose sur des budgets historiques qui sont reconduits et renforce ainsi les fortes disparités de moyens entre établissements.

Il n'incite pas à la mise en œuvre de politiques dynamiques, étant déconnecté de l'activité et des besoins ».

Rapport Robiliard 2013.

Nous avons dénoncé dans le communiqué de juillet 2015 l'opacité qui règne sur les clefs de répartition des Dotations Annuelles de Financement au niveau national et qui aboutit à un différentiel incompréhensible de leur évolution dans les régions.

La même opacité s'applique aux critères de péréquation infra-régionale sous arbitrage des ARS, la psychiatrie publique



semble ainsi soumise à une forme de T2A qui ne dit pas son nom, dont les acteurs n'en connaissent pas les règles et qui n'en garde que les désavantages.

Nous défendons la nécessaire prise en compte des différents critères comme par exemple les indicateurs sociodémographiques et épidémiologiques afin d'estimer les besoins réels territoriaux en soins de santé mentale et donc leur financement.

Une enquête réalisée par l'APM auprès de toutes les ARS a été publiée le 31 août 2015, elle montre l'absence de cohérence de cette politique au niveau national comme au niveau infra régional.

Les règles restent souvent opaques et les expérimentations fleurissent en fonction des responsables au sein des ARS !

Denys Robiliard appelait de ses vœux en 2013 un nouveau modèle de financement :

« Si la tarification à l'activité n'est pas pertinente tant la prise en charge au long cours d'un patient ne saurait se réduire à une succession d'actes et nécessite l'installation de relations humaines de qualité, aussi chronophages que difficiles à appréhender par un tarif, un autre modèle de financement doit être trouvé. ».

Le premier Plan psychiatrie et santé mentale pour 2005-2008 souhaitait introduire un nouveau modèle, la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP), qui aurait reposé sur quatre critères :

- » L'activité mesurée par le RIM-P ;
- » Les missions d'intérêt général ;

- » Les dotations de médicaments ;
- » Les caractéristiques de la population sur le territoire donné.

Depuis 2006, date de l'obligation de saisie de l'activité par le RIMPsy, rien n'a été construit d'un modèle de financement.

Et en 2013, dans son rapport, Denys Robiliard concluait son chapitre en rappelant être convaincu de la nécessité d'une évolution, tout en disant « qu'il n'a pas pu approfondir suffisamment ses investigations pour établir une recommandation. ».

Quelles en sont les déclinaisons en cours d'écriture par l'ATIH ? Va-t-on vers autre chose ?

## L'actualité 2015

Les professionnels de la Psychiatrie Publique demandent d'urgence une révision des orientations retenues pour les DAF en 2015 avec une évolution au moins comparable à celle du MCO

Il faut réintégrer le gel prudentiel de 2014 dans les DAF.

Nous demandons la transparence sur les critères d'attribution.

Nous devons être associés aux négociations à tous les niveaux, national et régional sur les enveloppes attribuées à la psychiatrie publique et sur leur évolution.

Nous demandons une définition précise, équitable, partagée et éthique des règles d'attribution.

La question essentielle à moyen et long terme est la proposition de modèles de financements pour la psychiatrie, permettant une véritable péréquation en phase avec les besoins de soins en santé mentale des secteurs et territoires.



Dominique Testart écrivait en 2007 dans notre revue à propos de la T2A : « L'importance grandissante prise, depuis une vingtaine d'années, par les modes de régulation fondés sur le marché est source de conflit avec l'idée originelle du service public.

L'hôpital n'échappe pas à cette contradiction, particulièrement depuis la mise en œuvre de la réforme de son financement. La tarification à l'activité et la révolution culturelle qu'elle implique, notamment en termes de logique gestionnaire et de découverte de la notion de rentabilité, risquent de profondément bouleverser la définition de cette notion aidée en cela par une Europe à la

pointe du combat libéral. Les conséquences sont à chercher du côté de la sauvegarde de notre contrat social. ».

Nous avons soutenu l'intérêt des travaux engagés autour du concept de la VAP qui se voulaient plus en phase avec la réalité de la psychiatrie publique et de son organisation.

Un dernier mot sur la nécessité de repenser la régionalisation à partir de l'engagement des acteurs de la politique locale vers les questions de la psychiatrie et de la santé mentale et surtout de leur financement au niveau territorial.

Les conférences territoriales de santé doivent se saisir de ces problématiques

et être forces de propositions, de suivi et d'évaluation.

Elles sont les plus en phase avec la réalité des problèmes de santé que vivent les populations de leur territoire.

Elles doivent pouvoir être des instances de négociation des financements avec les ARS sur ces politiques de santé territoriales. Elles pourront s'appuyer sur les conseils locaux de santé mentale.

Quelles sont les avancées des DIM sur les modèles que nous devons proposer au niveau local, régional et national ?

## Economie de la santé : enjeux

Jean-Pierre ESCAFFRE

Université de Rennes 1-Campus des Sciences Beaulieu

Association pour la Recherche en Gestion du Système Sanitaire et Social (ARG3S)

PEUPLES D'EUROPE, N'OUBLIEZ JAMAIS L'ENJEU FONDAMENTAL DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LE CONTEXTE HISTORIQUE PARTICULIER DE L'EUROPE

La remise en cause des politiques de redistribution et de la protection sociale est dans le contexte historique de l'Europe un enjeu de civilisation.

Son extension sur le continent européen n'est pas seulement un acquis des luttes sociales, c'est surtout la prise en compte des facteurs qui ont conduit aux désastres des siècles passés, particulièrement aux deux dernières guerres qui ont signé le déclin relatif des nations européennes.

Ces facteurs essentiels : la concentration des richesses financières entre quelques mains d'un côté (bloquant en

particulier l'investissement), l'extension de la pauvreté et de la misère de l'autre, ouvrant la voie aux extrémismes nationalistes et fascistes guerriers.

L'enjeu premier des politiques de redistribution et de la protection sociale ne se situent donc pas au niveau de débats débilissants autour de quelques paramètres démographiques ou de calculs de coûts.

Les politiques de redistribution et de protection sociale sont en effet un pacte fondamental dans le contexte historique européen : sa généralisation à l'ensemble de la population est une

leçon de l'Histoire. L'éradication de la misère est une garantie de la sécurité collective, qui est elle-même une condition nécessaire aux visions à long terme et au développement soutenu.

Pas de sécurité collective = pas de progrès économique d'ensemble = pas de paix durable sur notre continent.

Dans la situation actuelle, les politiques de redistribution et de protection sociale ne peuvent se réaliser qu'au sein de chaque Etat-Nation.

## Distribution des valeurs ajoutées des entreprises non financières en milliards d'euros tous secteurs (2012)

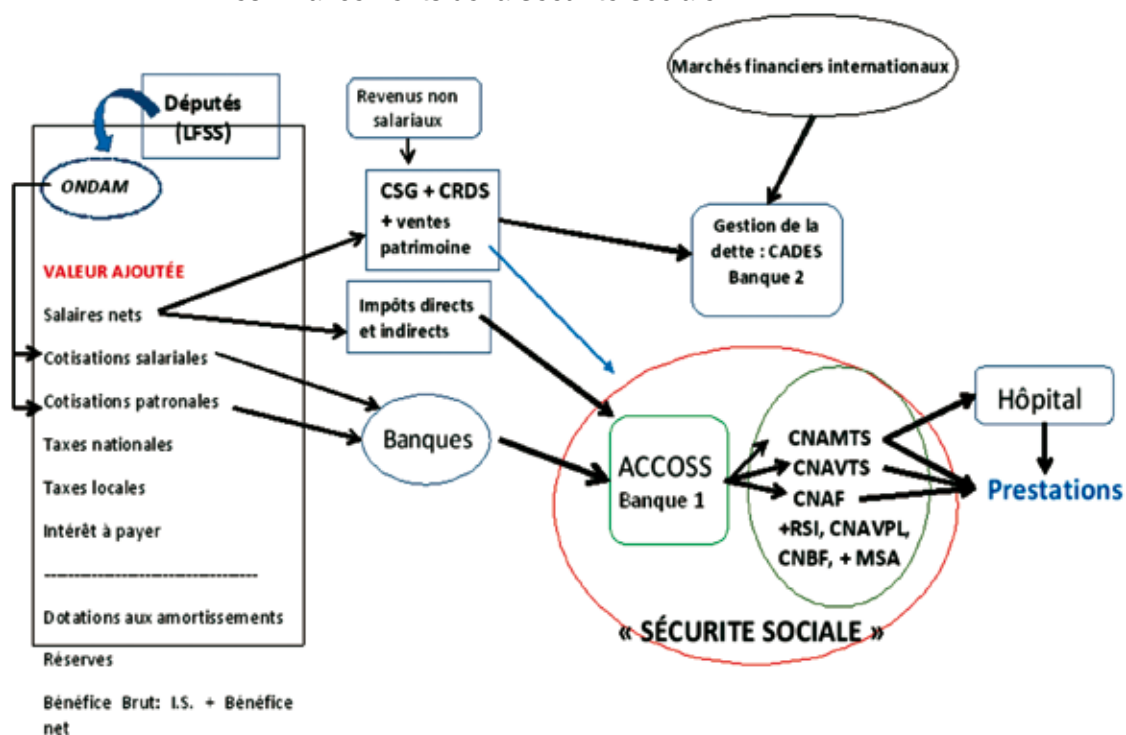
	Montants	%
Ventes + revenus de la propriété (11,2)	2869,3	
Consommations intermédiaires et loyers (100)	1646,5	
<b>VALEUR AJOUTÉE</b>	<b>1222,7</b>	100
Salaires bruts	520,3	42,6
Cotisations employeurs + autres cotisations	169,5	13,9
<b>Masse salariale</b>	<b>= 689,8</b>	= 56,4
Taxes	56,5	4,6
Intérêts et dépréciations financières	69,1	5,7
<b>Total dépenses obligatoires</b>	<b>= 815,4</b>	<b>= 66,7</b>
Épargne (dotations amortissements)	145	11,9
Bénéfices bruts	262,3	21,5
Impôt sur société	32,8	2,7
<b>Bénéfice distribué</b>	<b>229,5</b>	<b>18,8</b>
<b>Récapitulations</b>		
Taxes + IS	89,3	
Charges d'intérêts d'Etat et coll. Territoriales = 46,7 + 4,5	51,2	
Bénéfice distribué + intérêts	298,6	
Investissements matériels	197,4	

Entreprises financières (banques, assurances, auxiliaires financiers) :

- Valeurs ajoutées : 92,1 milliards d'euros.
- Dividendes versés : 40,9 milliards d'euros soit 44 % de leur VA.

Par comparaison : charges financières d'intérêts (Etat et collectivités locales) : 51,2 milliards d'euros.

## Les Financements de la Sécurité Sociale



## Budget Sécurité sociale

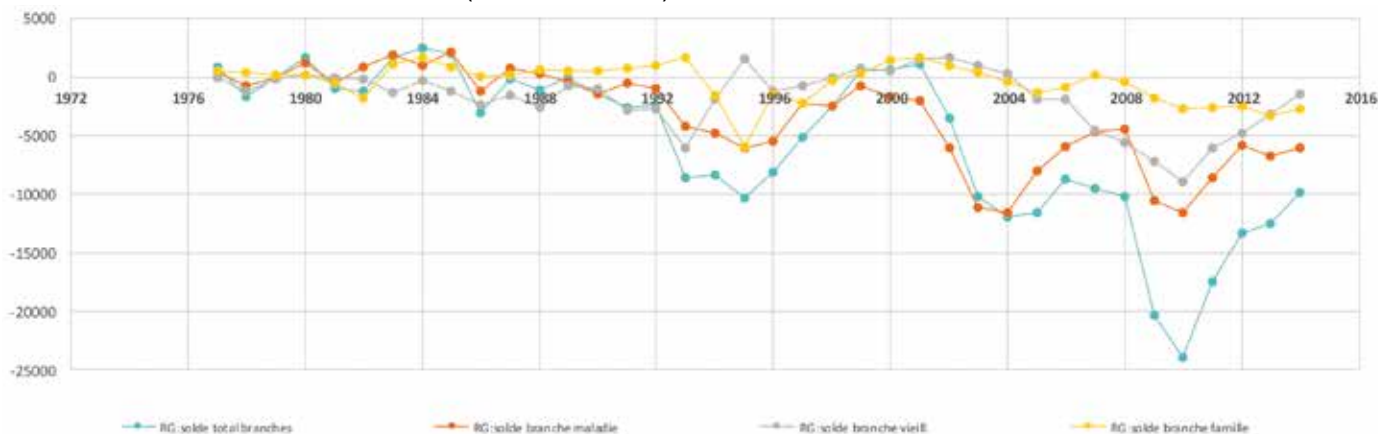
- ◆ Budget = 25 % PIB
- ◆ Origine des recettes :
  - ▶ « Entreprises » : 45,3 %
  - ▶ Ménages: 45,7 %
  - ▶ Etat : 9,0 %
- ◆ Cotisations salariales = 22 % du salaire brut
- ◆ Cotisations patronales = 25 à 42 % du salaire brut
- ◆ Total cotisations : au maximum 64 % du salaire brut
- ◆ Cotisations patronales en diminution constante (allègements de 22,9 Mds en 2009), + en 2014 : CICE (-6 %), cotisations familiales (-38,8 Mds)

## Exonérations de cotisations : enchaînements des mesures

- ▶ **1993** : Exonération totale des cotisations sociales famille sur les salaires au voisinage du SMIC (Balladur) ; coût pour la S.S. = 3,4 milliards compensés par l'Etat.
  - ▶ **1995** : Allègement des cotisations maladies.
  - ▶ **1996**: mesures Juppé → fusion des deux dispositifs → baisse de 12 % du « coût du travail » au niveau du SMIC.
  - ▶ **1998-2000** : « Aides Aubry » → allègements de cotisations pour les entreprises concluant des accords de passage aux 35 h.
  - ▶ **2003-2005** : Mesures Fillon → compense la hausse du Smic entraînée par la RTT.
  - ▶ **2013** : 1,49 millions d'employeurs ont bénéficié des allègements de leur part de S. Sociale, concernant 10,65 millions de salariés (37,2 % de la population active).
- Résultats aujourd'hui : 10 millions de salaires exonérés, soit baisse du « coût du travail » de 18 % au niveau du SMIC + allègements décroissants jusqu'à 1,6 Smic.
- Pertes de recettes pour la Sécurité Sociale compensée à 90 % par l'Etat, soit un coût actuel de 27,6 milliards €, soit un cumul de 370 milliards sur 20 ans.
- ▶ **2014** : Enorme louche supplémentaire =
    - ▶ Crédit d'impôt et compétitivité emploi (CICE) = 20 milliards dans le but d'abaisser le « coût du travail » de 6 %.
    - ▶ Baisse cotisation famille = 5 milliards (-1,8 % jusqu'à 3,5 SMIC).

**TOTAL : baisses des cotisations consenties aux entreprises = 2,5 % du PIB, transférées vers l'impôt (27,6 milliards en 2012).**

Evolution des soldes des branches de la Sécurité Sociale (en Mds Euro courant) - Source : IRDS ecosanté 2015





## Exonérations compensées et non compensées (Mds euros)

- Compensées
- Non compensées



**1992 à 2010 = 41,2Mds d'euros d'exonérations non compensées par l'Etat.**

## Rendement de la CRDS de 1996 (11 mois) au 31 décembre 2015

Années	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	Total
CRDS	3,2	3,8	4,1	4,3	4,5	4,6	4,65	4,7	4,9	5,2	5,5	5,7	6	5,9	5,9	6,3	<b>79,25</b>

## Intérêts et commissions versés par la CADES aux créanciers de 1996 à 2011 (milliards d'euros)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Intérêts	1,12	1,19	1,87	1,74	1,81	1,78	1,62	1,60	1,84	2,98	3,16	3,33	3,40	3,05	3,35	4,05	37,89
Commissions	0,055	0,041	0,043	0,046	0,007	0,007	0,008	0,003	0,025	0,033	0,024	0,007	0,009	0,048	0,017	0,06	0,436
total	1,175	1,231	1,913	1,786	1,817	1,787	1,628	1,603	1,865	3,013	3,184	3,337	3,409	3,098	3,367	4,11	<b>38,326</b>

**Presque la moitié de la CRDS prélevée sert à rémunérer les commissions et intérêts servis aux banques (65 % en 2011).**

**Principaux ITAF (48/53 Mds d'€)**

Taxe sur les salaires **P**

Droit de consommation sur les tabacs **M**

TVA « sectorielles » (tabacs, alcools, produits pharmaceutiques) **M**

Contribution de solidarité sur les sociétés (C3S) de base et additionnelle **P**

Droit de consommation sur les alcools **M**

Prélèvement social sur les produits de placements **M**

Prélèvement social sur les revenus du patrimoine **M**

Contribution sociale sur les bénéfiques **P**

Taxe sur les véhicules de société **P**

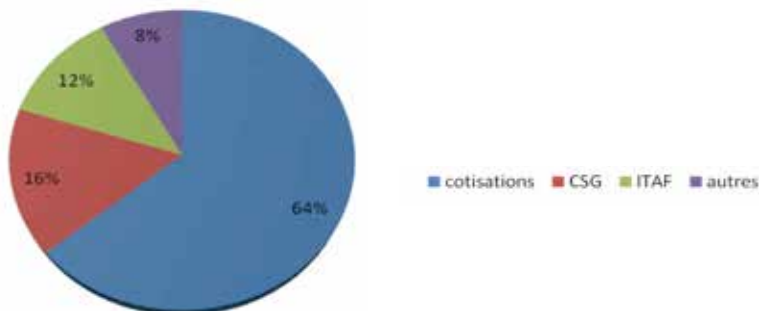
Contribution sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur **M**

Forfait social **P**

Taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats assurance maladie **M**

Taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation (« exit tax ») **P**

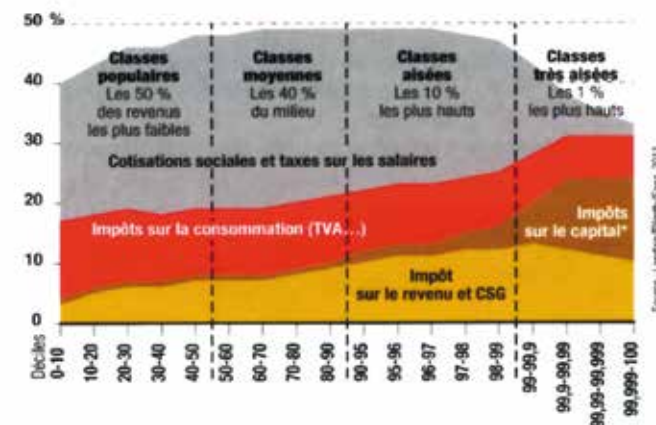
**Les mesures compensées en 2011 : les Impôts et Taxes Affectés (ITAF)**



**Un système fiscal inéquitable**

**Des prélèvements faiblement progressifs**

Poids des différents impôts selon le niveau de revenus, en % du revenu

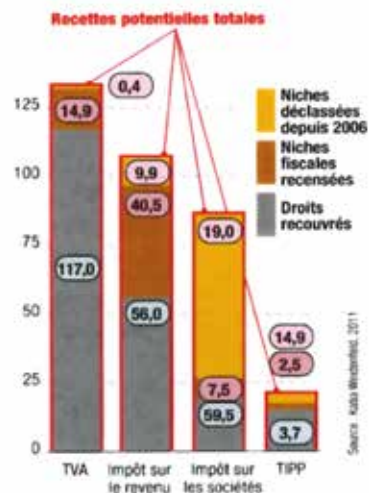


\* Impôt sur les sociétés, taxe foncière, impôt de solidarité sur la fortune, droits de succession.

**Lecture** : le taux d'imposition inclut tous les prélèvements par groupe de revenus au sein de la population des 18-65 ans travaillant à au moins 80 % du plein-temps. Le premier décile 0-10 désigne les 10 % ayant les revenus les plus modestes, et 99,999-100 les 0,001 % les plus riches.

**Niches fiscales : le connu et le caché**

Manque à percevoir lié aux niches fiscales, en milliards d'euros.



## Les Hôpitaux publics et la dette

- ▶ **2011** : Encadrement des recours à l'emprunt avec suivi financier par les ARS, avec cependant secours de la banque postale.
- ▶ **2012** : Intérêts des emprunts = 1 milliard  
Pour 29 milliards d'emprunts, x 3 en dix ans, résultat d'une politique de soutien à l'investissement en privilégiant le financement par l'endettement, dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012.
- ▶ **2013** : Déficit cumulé de l'ensemble des CHU = 162 millions € (20 CHU sur les 30).  
Tous hôpitaux : déficit de 400 millions.
- ▶ **2014** : Les hôpitaux seront concernés par la recherche de 10 milliards d'euros d'économies programmées sur le volet « assurance maladie » du plan de baisse des dépenses publiques.

## Généralisation de la complémentaire santé en Entreprise

(Article 1<sup>er</sup> de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, cette généralisation effective le 1<sup>er</sup> janvier 2016)

Pour la députée socialiste Fanélie Carrey-Conte :

« *Ce qui est en train de se jouer, c'est une réorganisation profonde de la protection sociale. L'entreprise devient la porte d'entrée de la complémentaire santé* ».

Toutes les entreprises devront proposer des contrats santé à leurs salariés.

Marché complémentaire santé : 25 Mds €

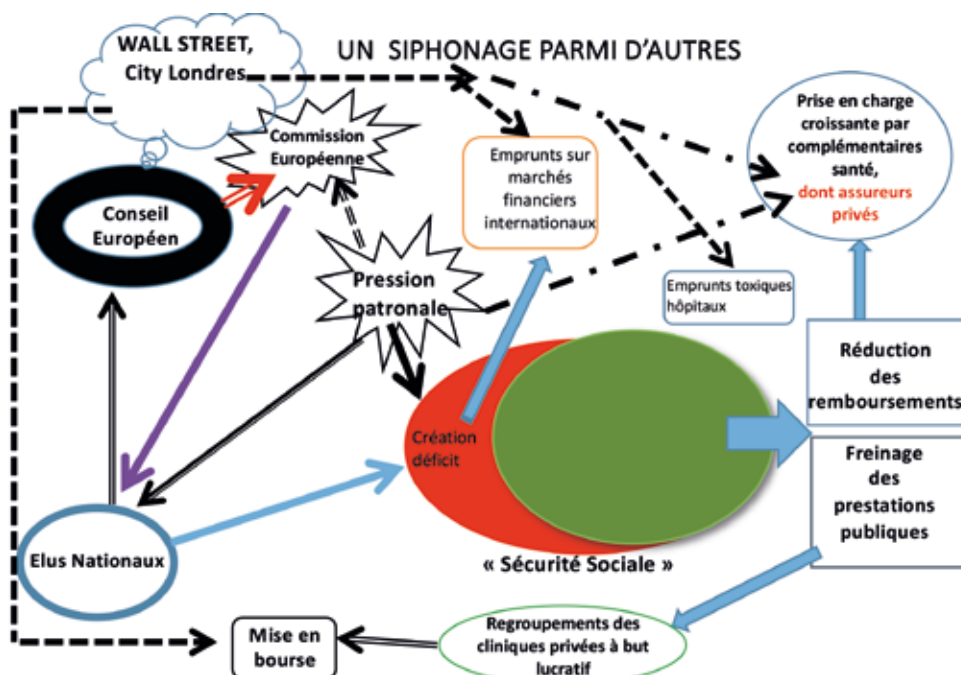
600 organismes complémentaires regroupés en 3 grandes familles :

- ▶ Les mutuelles (56 % du marché).
- ▶ Les institutions de prévoyance (17 %).
- ▶ Les assurances privées (27 %, +8% en dix ans).

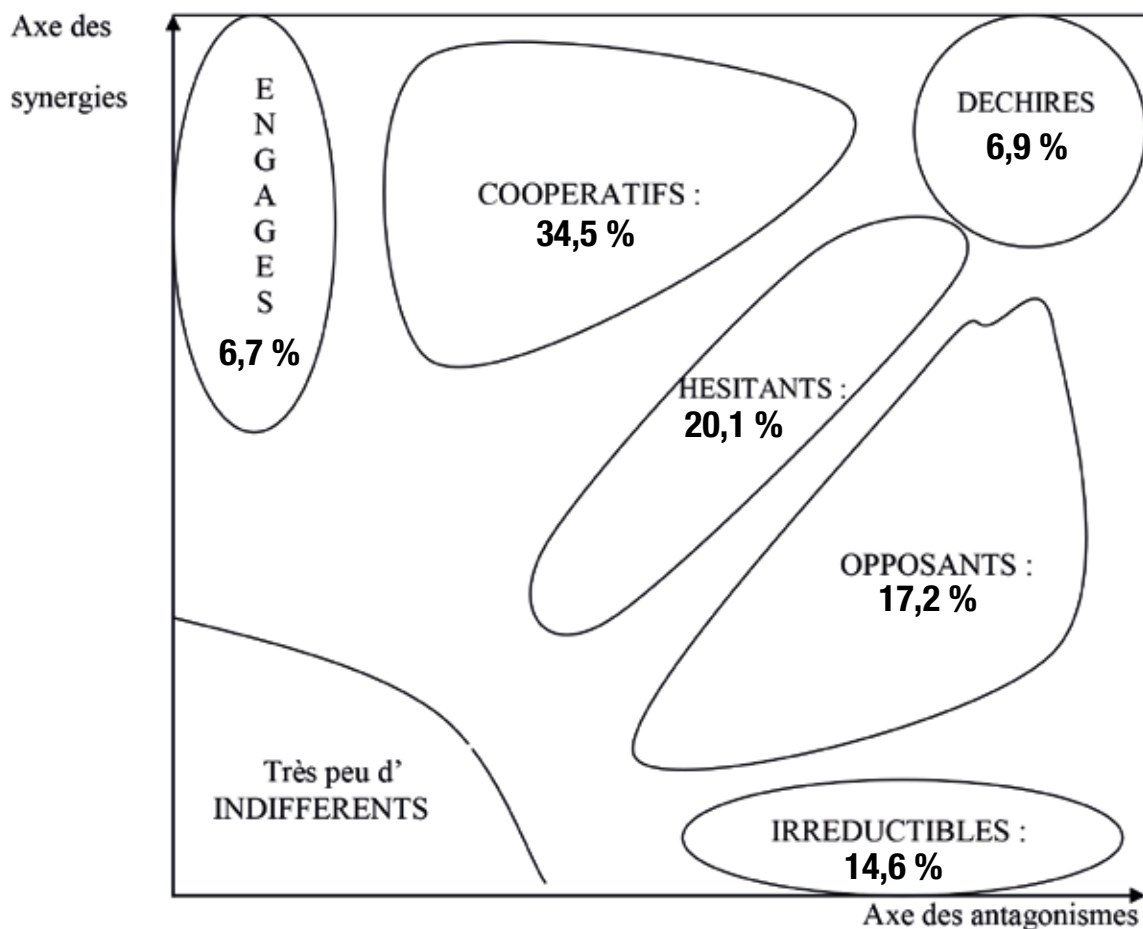
## Loi de Sécurisation de l'Emploi (14 juin 2013)

- ▶ Généralisation obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2016.
- ▶ Toutes les entreprises devront proposer des contrats santé à leurs salariés.
- ▶ 400 000 personnes n'ont aucune couverture santé.
- ▶ 4 millions vont abandonner leurs contrats individuels.

**Il s'agit d'une réorganisation profonde de la protection sociale : l'entreprise devient la porte d'entrée de la complémentaire santé.**

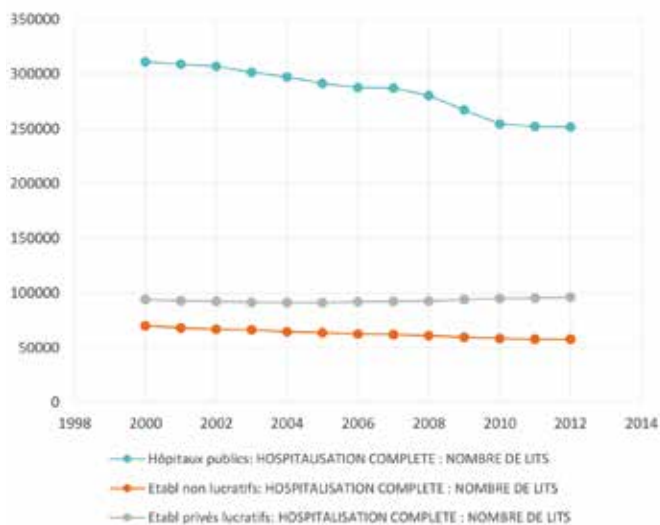


Attitude de la population française vis-à-vis de l'existence des hôpitaux psychiatriques : 41,2 % pour, 31,8 % contre

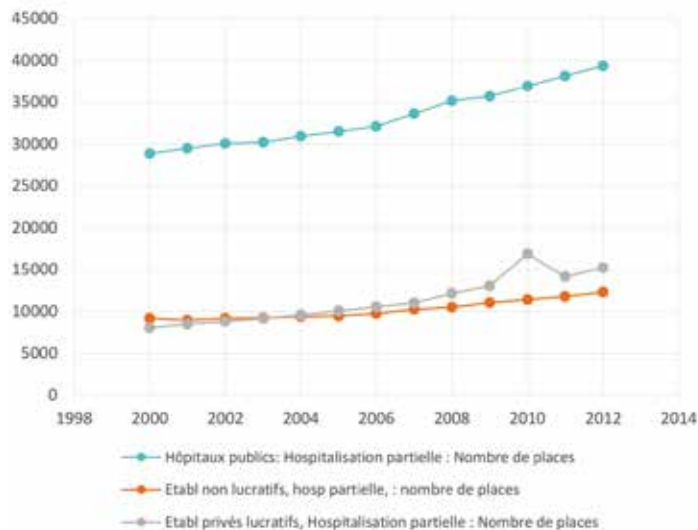


Annexes

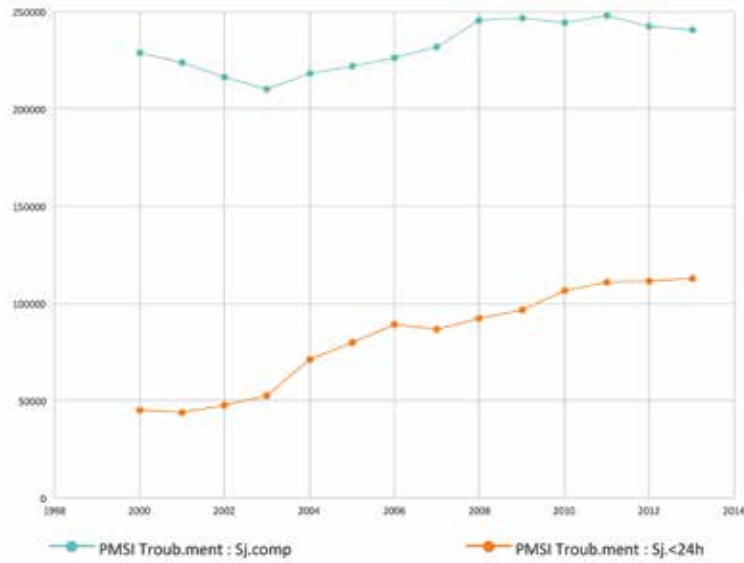
Evolution du nombre de lits d'hospitalisation



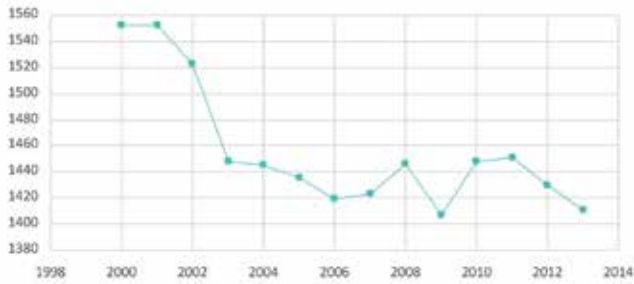
Hospitalisation partielle : évolution du nombre de places



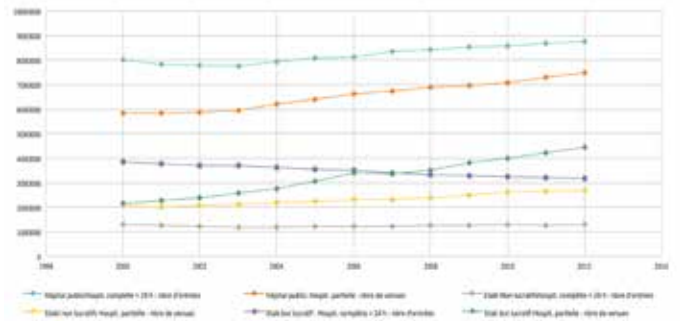
PMSI-MCO : Troubles mentaux et du comportement - ensemble séjours



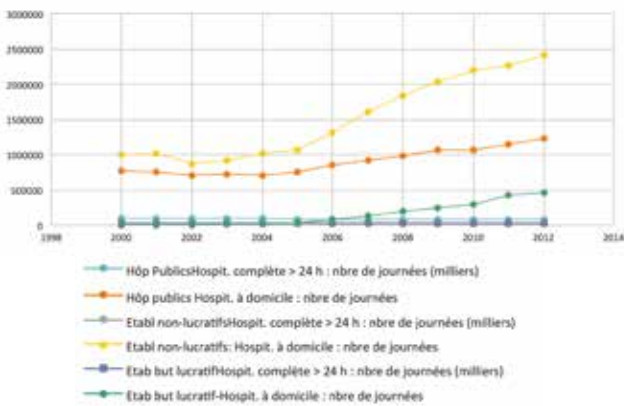
PMSI Troub.ment : Jr.comp (en milliers)



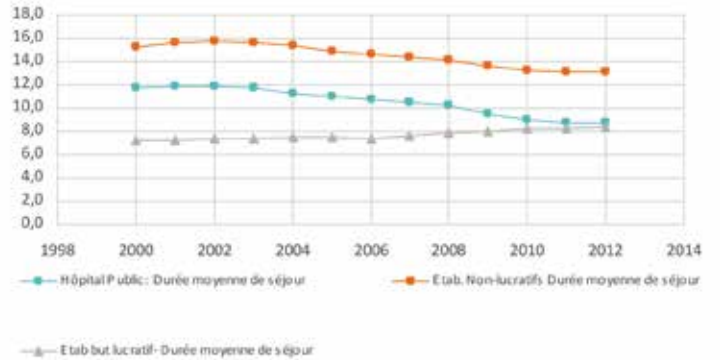
Hospitalisations : évolution du nombre d'entrées et venues



Hospitalisations : nombre de journées

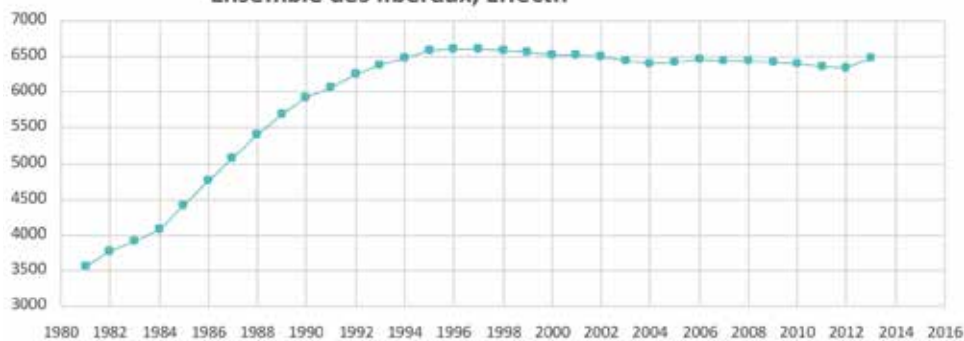


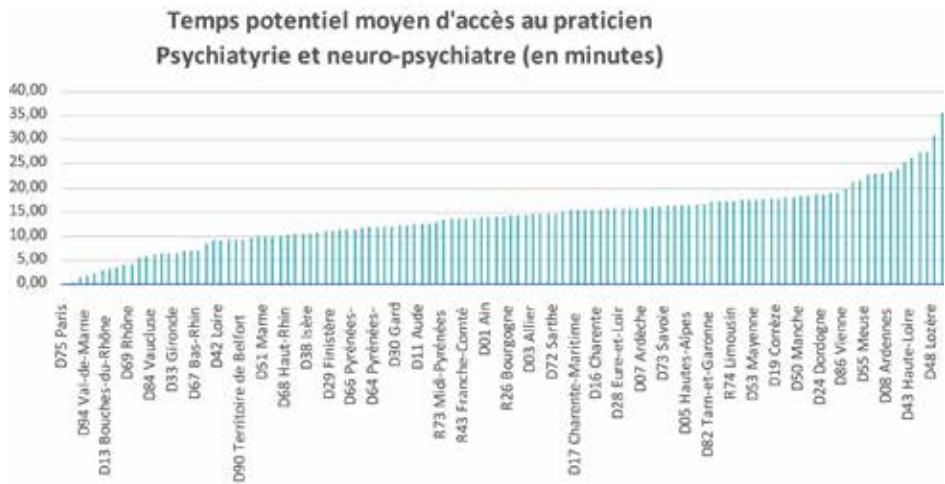
Hospitalisation : Durée moyenne de séjour



TOTAL PSYCHIATRIE OU NEURO-PSYCHIATRIE, SNIR :

Ensemble des libéraux, Effectif





**Hôpitaux publics**

= 34 % du budget de la Sécurité Sociale.

En cinq ans - 20000 agents, augmentation des passages aux urgences (plus de 17 millions/ an).

Notre pays manque dramatiquement d'IRM.

La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques supposent une révision de la tarification à l'activité (T2A) et du paiement à l'acte, qui incitent à la multiplication des actes et à la concurrence au lieu de promouvoir la concertation entre la ville et l'hôpital, et entre les professionnels de santé, notamment entre médecins et infirmières.

**« Loi pour l'adaptation de la société au vieillissement »**

- ▶ Autonomie de la personne : question de santé et questions sociales.

Les politiques publiques dans les deux domaines sont donc déterminantes.

L'objectif : conserver son autonomie est synonyme de la possibilité de rester vivre à son domicile.

- ▶ 4 problèmes majeurs :
  1. La solvabilité des personnes âgées : niveau des plans d'aide et donc de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie : hausse nécessaire de 60 % en 2020 / aujourd'hui).
  2. La viabilité des opérateurs du secteur : dépend en partie de la tarification.

3. L'attractivité des métiers de l'aide à domicile : conditionné à la possibilité de se former et à la reconnaissance des qualifications.

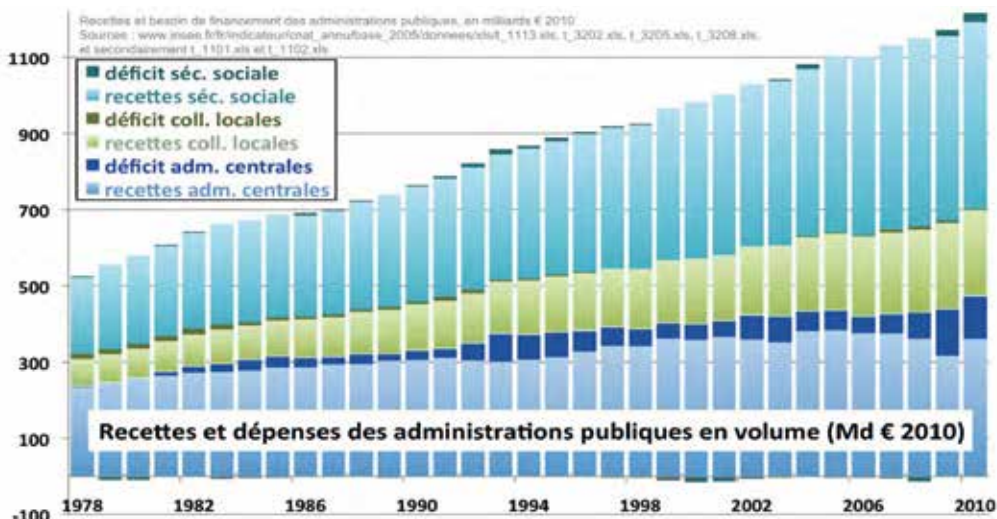
4. Rééquilibrage des participations financières de l'Etat et des départements : partage financier.

- ▶ 2010 : Dépense publique des prises en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées = 24 milliards dont :

Soins = 14 milliards  
 APA = 5,3 milliards

- ▶ Financement par taxe sur l'ensemble des successions.
- ▶ Evoluer vers de vrais domiciles regroupés.

**Jusqu'en 2008, les comptes de la Sécurité Sociale se trouvaient quasiment à l'équilibre :**

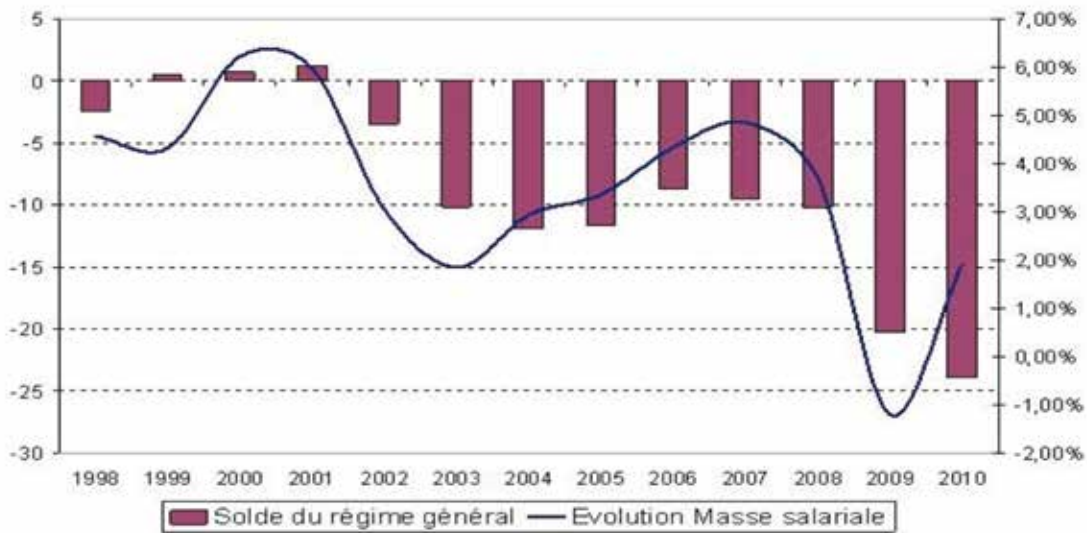


## Le « trou de la Sécu », d'où ça vient ?

Salaires en berne, emplois en moins.

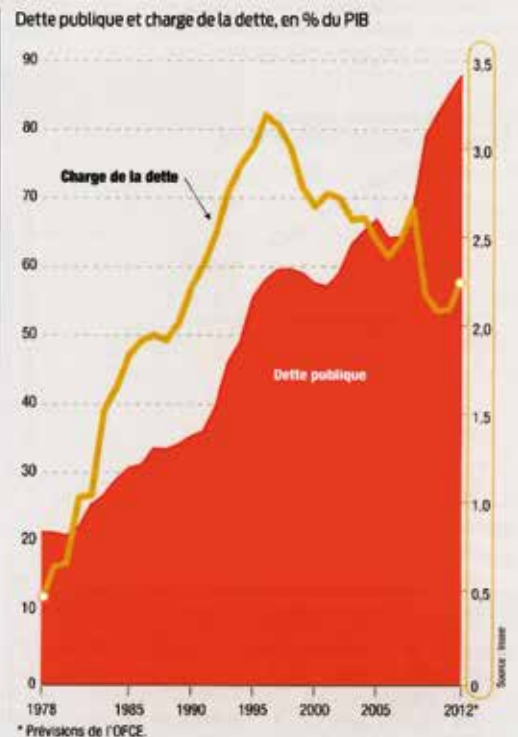
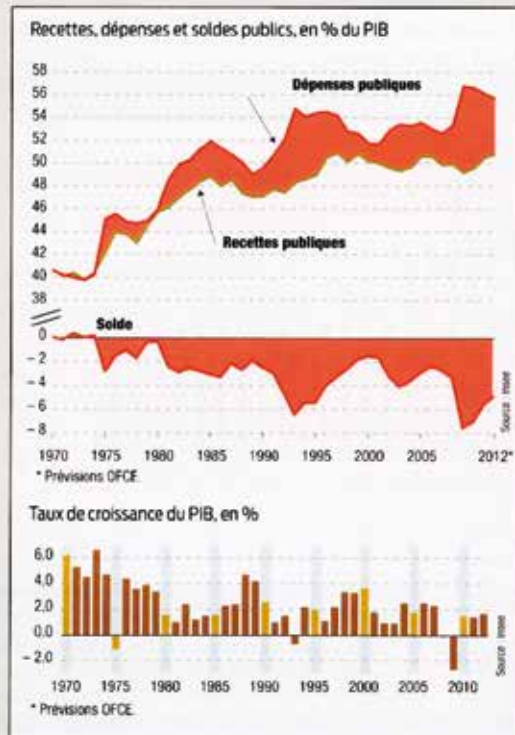
1 % d'augmentation des salaires = 2,5 Mds d'€ de recettes pour la Sécurité Sociale.

100 000 chômeurs de moins = 1,3 Mds d'€ de cotisations en plus.



## La longue dérive de la dette

Le déficit public se creuse en période de récession (1993, 2009) : les recettes fiscales et sociales (TVA, impôts sur les sociétés, cotisations sociales) baissent, tandis que les dépenses sociales (indemnisation du chômage et minima sociaux) s'accroissent et que les collectivités locales et l'Etat maintiennent leurs investissements pour soutenir l'activité. Mais la France n'a pas profité des périodes de reprise pour diminuer sa dette. L'incitation à le faire était d'autant plus faible que la charge de la dette – les intérêts que paient les administrations publiques à leurs créanciers – a diminué depuis 1996. Ce paradoxe s'explique par le bas niveau des taux d'intérêt, une tendance qui pourrait s'inverser dans les années à venir. ||



## Réflexion critique sur le financement des hôpitaux

Professeur André Grimaldi, CHU La Pitié-Salpêtrière, MDHP

### Quelques chiffres

#### Les dépenses de santé en 2013

• USA	=	17 % du PIB	=	9146 \$ par habitant
• Pays-Bas	=	11.8 % du PIB	=	6145 \$ par habitant
• France	=	11.6 % du PIB	=	4864 \$ par habitant
• Allemagne	=	11.3 % du PIB	=	5006 \$ par habitant
• R.U.	=	9.3 % du PIB	=	3598 \$ par habitant

Nous sommes 3<sup>ème</sup> en % du PIB et 11<sup>ème</sup> en \$ par hab.

#### Répartition des dépenses publiques versus privées

• USA	=	17 % du PIB :	8 % dép. publiques	vs	9 % privées
• France	=	11.6 % du PIB :	9 % dép. publiques	vs	2.6 % privées
• R.U.	=	9.3 % du PIB :	8.3 % dép. publiques	vs	1 % privées

**Plus les dépenses sont privées plus le coût total des dépenses de santé pour la société est élevé !**

#### Espérance de vie comparée

Pays	Dépenses du PIB	Espérance de vie	
• USA	17 %	78.7 ans	35 <sup>ème</sup>
• Pays-Bas	11.8 %	81.5 ans	20 <sup>ème</sup>
• France	11.6 %	82.3 ans	14 <sup>ème</sup>
• Allemagne	11.3 %	81 ans	29 <sup>ème</sup>
• Japon.	10.3 %	84.6 ans	2 <sup>ème</sup>
• R.U.	9.3 %	81.5 ans	24 <sup>ème</sup>

#### Le coût de l'hôpital public

Le % des dépenses de la sécurité sociale pour l'hospit. Publique est passé de 43 % en 1983 à 35 % en 2011 soit 65 milliards.

Le nombre de lits / 1000 habitants est passé de 2000 à 2010 :

- En France de 8 à 6,3 (8<sup>e</sup> sur 34)
- En Allemagne de 9 à 8,2
- Aux Pays-Bas de 4,8 à 4,7

**CONCLUSION : « Quand je me considère, je me désole mais quand je me compare je me console ».**

Les 2 points les plus négatifs :

#### 1. Les inégalités sociales de santé malgré la CMU et les ALD

Le renoncement aux soins pour raison financière concerne 15 % de l'ensemble de la population adulte (0 % - 40 % selon la précarité).

#### 2. La mortalité prématurée avant 65 ans

Due au tabac, à l'alcool, aux accidents de la VP, aux suicides.

125 F / 100 000 (la France est 23<sup>ème</sup> vs USA 49<sup>ème</sup>),  
252 H / 100 000 (France 34<sup>ème</sup> vs USA 45<sup>ème</sup>).

En tête du classement : la Suède, les Pays-Bas, la Norvège. Le tabac et l'alcool rapportent 13 milliards de taxes et coûtent 34 milliards de soins.

#### Les 3 modes de financement des hôpitaux

1. Par un prix de journée de 1945 à 1983.
2. Par une dotation de 1983 à 2004.
3. Par une T2A de 2004 à aujourd'hui avec 100% T2A pour les GHS à partir de 2008 et avec un objectif initial de tarifs = public/privé pour 2018.

**En 2013, financement à l'activité = 49,3 Mds et financement par dotations = 24 Mds**

#### Avantages et inconvénients

- Prix de journée : simple mais opaque et incite à l'augmentation de la DMS (« médecine lente »).
- Dotation annuelle : simple mais opaque, incite les professionnels à rechercher eux-mêmes l'efficacité mais plafonne l'activité maximale, ne prend pas en compte l'innovation, favorise la rente et pérennise les inégalités entre établissements,
- T2A : Elle incite à l'activité et permet une comptabilité analytique, mais elle est complexe (2500 GHS...) et se complexifie sans cesse (→ nécessité de codeurs).



### Avantages et inconvénients de la T2A

- Elle est plus juste mais ne prend pas en compte le bassin de vie, la taille et l'ancienneté du bâti, les missions de formation.
- Elle pousse à la sélection des pathologies, des traitements et des patients « rentables », aux sorties prématurées ou à la fragmentation des séjours, à la « suractivité » et à « l'up-coding ». Elle laisse peu de libertés aux soignants.
- Elle ne prend en compte ni la pertinence, ni la qualité, ni la prévention, ni l'innovation... ni les investissements.

### Quelle régulation des dépenses de santé ?

- De 1945 à 1980, aucune régulation (hors numerus clausus).
- En 1980 création du secteur 2 = régulation des dépenses de ville par le marché (action sur la demande)
- De 1983 à 1996, dotation globale par établissement = régulation des dépenses hospitalières publiques par un budget étatique (action sur l'offre).
- En 1996 création de l'ONDAM voté par l'Assemblée nationale, ONDAM indicatif puis depuis 5 ans impératif = dotation globale nationale séparée ville/ hôpital.

### Une contradiction insurmontable

1. T2A → Toujours plus d'activité (augmentation de 2 à 3 % par an) mais ONDAM bloqué → baisse des tarifs (régulation prix/volume) → écart croissant entre les coûts réels et les tarifs → « travailler plus pour gagner autant ».
2. Augmentation annuelle des charges hospitalières programmées entre 3 et 3.5 % par an (à activité constante) mais réduction de l'augmentation de l'ONDAM à 2 % puis 1.75 %.  
→ **DEFICIT PROGRAMME DES HÔPITAUX.**

### Quelle alternative ?

Utiliser conjointement les 3 modes de financement :

- La T2A pour les activités standardisées, programmées.
- Le prix de journée pour les Soins palliatifs et la Réanimation.
- La dotation globale annuelle évoluant en fonction de l'activité, la D2A, pour les maladies chroniques.
- Des dotations spécifiques pour la prise en charge d'un épisode de soins étalé sur une période.

### Deux règles d'or pour l'ONDAM

- Les nouvelles mesures (35H, internes, sages-femmes, urgentistes...) prises par les gouvernements doivent être financées.
- Le budget de la Sécu doit être voté en équilibre : plus de recettes et/ou moins de dépenses.

### Comment assurer le retour à l'équilibre ?

- La ministre « ne supprime pas d'emploi » (elle laisse le soin aux directeurs de le faire). Sa recette = restructuration / fusion =  
**GHT permettant de passer de 1000 à 200 structures publiques.**
- Les directeurs vont faire comme d'habitude :
  1. Essayer d'augmenter l'activité (cf. Î du SAU de Saint-Joseph).
  2. Développer les activités rentables (dialyse – chirurgie de l'obésité...), réduire les activités non rentables (ETP).
  3. Réduire les investissements (6,5 Mds en 2009 vs 4,6 en 2014).
  4. Supprimer du personnel (4000 en 5 ans à l'APHP ou / les RTT).

### La T2A et la logique HOPITAL ENTREPRISE

- Selon le droit européen, « toute activité tarifée doit être soumise à la concurrence et ne relève pas du service public ».
- LA FHP a à 2 reprises porté plainte contre le gouvernement français pour « entrave à la libre concurrence ».

### HPST

Dans HPST « le service public » était réduit à ses missions.

- La convergence tarifaire organisait la concurrence entre le public et le privé.
- Le but était de transformer les HP en ESPIC pouvant embaucher et débaucher plus facilement, mettre fin au statut de la FP, diversifier les salaires... et si nécessaire déposer le bilan (l'Allemagne a vendu 25 % des HP au privé lucratif y compris 2 CHU).

Renforcer le **MOUVEMENT de DEFENSE de L'HOPITAL PUBLIC**

Site : [mouvementdedefensedelhopitalpublic.fr](http://mouvementdedefensedelhopitalpublic.fr)

# TABLE RONDE : SOINS SANS CONSENTEMENT

## Propositions pour une loi moderne

Yves Hémerly

### Un seul mode d'hospitalisation, sanitaire

*La France est le seul pays à promouvoir l'intervention d'une autorité administrative (le préfet) dans l'admission d'un patient.*

### Abandon de la notion d'ordre public

*La notion d'ordre public relève d'interprétations variables dans le temps et l'espace, au contraire du code pénal, qui ne s'interprète pas. Il revient au Parquet de requérir un examen psychiatrique destiné à établir la réalité d'un trouble mental et la nécessité d'une hospitalisation immédiate, devant le constat d'une transgression de la loi pénale.*

### Un seul certificat médical circonstancié

*Le contrôle établi depuis 1990 par les CDHP met en évidence que le risque d'internement arbitraire est quasi nul. Si le contrôle par le juge intervient rapidement, un seul certificat médical, dès lors qu'il est circonstancié et suffisamment détaillé suffit.*

*Il est envisageable de conserver une procédure d'urgence, le certificateur pouvant être un médecin de l'établissement d'accueil.*

### Affirmation de l'indépendance professionnelle du psychiatre hospitalier et du secret professionnel

*Les soins sans consentement ne peuvent s'initier sans soupçon que par des praticiens exemptés de toute pression hiérarchique ou administrative.*

*Le médecin est responsable devant le magistrat, et le patient.*

*Les éléments du dossier ne peuvent être transmis ou consultés que dans le respect des règles du secret professionnel.*

### Confirmation par certificat motivé du psychiatre dans les 24h

*Le psychiatre de l'établissement d'accueil établit au plus tôt, avant l'intervention du juge, un certificat détaillé, motivant la nécessité des soins sans consentement en milieu hospitalier.*

*En cas de procédure d'urgence, le certificateur sera différent.*

### Intervention du juge dans les premières 72h

*L'intervention du magistrat vise à valider ou infirmer la poursuite des soins sans consentement, au plus proche de l'admission, pendant la période d'observation de 72h.*

### Compétence du juge civil

*La compétence du magistrat ne porte pas seulement sur la forme juridique de la procédure d'admission. Elle porte*

*aussi sur le droit de la personne hospitalisée, sous toutes les formes des droits fondamentaux (dignité, proportionnalité de la privation de liberté aux exigences du soin...). Rien de comparable avec le droit des gardés à vue, ou des personnes retenues en vue d'expulsion, puisqu'il n'existe pas de grief envers la personne soignée. Le point de vue pénaliste est inapproprié.*

### Abandon de la notion de tiers

*Les difficultés à concilier la solidarité devant la maladie, qu'incarne la notion de tiers, avec les exigences du secret, d'une part, et d'autre part, avec la désafférentation de plus en plus fréquente de sujets marginalisés, conduisent à l'abandon de cette disposition généreuse.*

*Ici aussi, l'intervention précoce du magistrat permet de rétablir le sujet malade dans le champ des préoccupations sociales.*

### Compétence du juge étendue à l'ambulatoire

*Les soins ambulatoires sans consentement, initiés pour favoriser la réinsertion du patient, constituent aussi une privation de liberté, et une limitation des capacités du patient.*

*Un examen par le juge est donc justifié dans le même délai que celui observé*



en cas d'hospitalisation à temps plein. On peut indiquer un mois, puis tous les six mois.

**Etudes épidémiologiques sur les effets des SASC (PHRC)**

L'intérêt des soins ambulatoires sans consentement n'est pas, à ce jour, appuyé sur des études de cohortes robustes et indiscutables. Des programmes de recherche régionaux sur ce thème doivent être initiés sous la forme de PHRC.

**Études épidémiologiques sur les catégories dites dangereuses (PHRC)**

Le même constat (absence de recherches de bon niveau de preuve) prévaut pour la catégorie de patients définis comme « à risques », patients ayant fait l'objet d'un jugement ou d'une décision d'irresponsabilité pénale, ou ayant séjourné en UMD.

Un programme de recherche épidémiologique et clinique doit aussi être promu.

**Abandon du collège de soignants**

Cette formation fait la preuve de son inutilité, puisque le magistrat se préserve la possibilité de nommer des experts avant de rendre sa décision. Le psychiatre traitant qui sollicite la sortie d'un patient « à risque » ne le fait en pratique qu'après avoir recueilli l'avis de l'équipe soignante, à l'instar de la pratique en UMD devant la commission du suivi médical.

Par ailleurs, les soins ambulatoires étant aussi placés sous le regard du juge, le collège perd toute utilité.

**CDSP en position décisionnelle de recours de la décision du juge**

Les décisions du juge sont susceptibles de recours devant la CDSP,

instance indépendante et pluriprofessionnelle, comprenant en son sein un magistrat.

Cette formation peut se voir dotée de compétences décisionnelles, à l'instar des Tribunaux de révision des affaires de santé mentale britanniques.

**Attention particulière aux situations des mineurs**

Le statut habituel du mineur le fait dépendre des décisions du ou des titulaires de l'autorité parentale, plus rarement de décision de placement (art. 375-9 du cc) par le juge des enfants, ou encore de soins à la demande du représentant de l'Etat.

La situation des mineurs accueillis en service de psychiatrie générale, ou en services fermés devrait bénéficier de l'attention du juge.

# PROJET DE LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET PSYCHIATRIE

**Alain Pourrat**

---

## Parcours du projet de loi

- ▶ Texte adopté en première lecture à l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015 (58 articles).
- ▶ Lecture au Sénat à partir du 14 septembre 2015 et vote le 6 octobre.
- ▶ Commission mixte paritaire.
- ▶ Nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale à partir du 17 novembre.
- ▶ Adoption du texte souhaitée à la fin de l'année.

## Contexte

- ▶ Ce que n'est pas cette loi : Une grande loi spécifique à la santé mentale et à la psychiatrie attendue par les acteurs de la psychiatrie.
- ▶ Pacte de confiance pour l'Hôpital : Evocation d'un volet spécifique sur la santé mentale au sein de la Loi générale de santé. Edouard COUTY préconisait : « Engager en 2013 la préparation de dispositions législatives pour l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie ».

- ▶ Mouvement de dé-spécification de notre discipline.
- ▶ La psychiatrie est une discipline médicale parmi d'autres (M.C.O).
- ▶ et se doit d'affirmer ses spécificités propres et les conditions nécessaires à son exercice :
  - L'activité de la psychiatrie hospitalière est à grande majorité ambulatoire.
  - Degré d'antériorité et d'expérience particulier en matière d'organisation des soins avec une diversification majeure de ses dispositifs de soins.
  - Soins sans consentement.

## Ce qu'est la loi de modernisation du système de santé

- ▶ Une loi de santé publique
- ▶ Rétablissant le service public hospitalier
- ▶ Proposant un maillage territorial, via les groupements hospitaliers de territoire

## POLITIQUE DE SANTÉ ET ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES

### Article 12

- ▶ Promouvoir les soins primaires.
- ▶ Favoriser la structuration des parcours de soins.

### L'ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES

- ▶ Ensemble de professionnels de santé, constitué autour de **médecins généralistes** de premiers recours assurant les activités de **soins de premiers recours**.
- ▶ Sur la base d'un **projet de santé**.
- ▶ Peut prendre la forme d'un **centre de santé** ou d'une **maison de santé**.
- ▶ Contribue à la structuration des **parcours de santé des usagers**.

## COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ

- ▶ Objectif : meilleure coordination et structuration des parcours de santé en réalisant les objectifs du PRS.
- ▶ Composées de professionnels de santé, équipe de soins primaires et acteurs des soins de premiers ou second recours, d'acteurs médico-sociaux ou sociaux.
- ▶ Projet de santé formalisé, précisant le territoire d'action.
- ▶ Transmis à l'ARS qui, à défaut de mise en place, prend les initiatives nécessaires à la constitution d'une CPTS.
- ▶ Dans le cadre des diagnostics territoriaux et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires ou des CPTS, un contrat territorial de santé est conclu avec l'ARS.
- ▶ Le contrat définit l'action, les missions, les engagements, les moyens et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.
- ▶ L'ARS peut attribuer des crédits du fonds d'intervention régional.
- ▶ Peuvent bénéficier des fonctions des plateformes territoriales d'appui aux professionnels de santé.
- ▶ **Pacte territoire-santé** visant à améliorer les soins de proximité :
  - ▶ Promouvoir la formation et l'installation des professionnels et des centres de santé.
  - Accompagner l'évolution d'exercice des professionnels de santé.
  - Actions spécifiques destinée aux territoires particulièrement isolés et aux quartiers prioritaires.

## POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE ET ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE

### Article 13

La politique de santé mentale,

- ▶ **à laquelle l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés, notamment les établissements autorisés en psychiatrie et les acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion, contribue,**
- ▶ est mise en œuvre par des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.
- ▶ Un **projet territorial de santé mentale,**
- ▶ dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture,
- ▶ est élaboré et mis en œuvre **à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale.**
- ▶ **A un niveau territorial suffisant** pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.
- ▶ En l'absence d'initiative des professionnels, le DG de l'ARS prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale.
- ▶ Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale, établi par les acteurs de santé du territoire.
- ▶ Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales,
- ▶ ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.
- ▶ Le diagnostic identifie les insuffisances de l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans l'accessibilité, la coordination et la continuité des services et préconise des actions pour y remédier.
  - Le projet territorial de santé mentale organise la coordination territoriale de second niveau.
  - Il organise les conditions d'accès de la population :
    1. à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;
    2. à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifique ;
    3. aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.
  - Il précise les objectifs, les évolutions de l'offre de soins et des services, les organisations nécessaires et indicateurs de suivi.
  - La coordination territoriale de second niveau est déclinée dans l'organisation des parcours de proximité pour assurer à chaque

patient, notamment aux patients pris en charge dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur, l'accès à cet ensemble de dispositifs et de services.

- Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le Directeur Général de l'ARS, après avis des CLSM et du CTS.
- Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.
- Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et

les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

- Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de CLSM. Le CTS comprend une Commission spécialisée en santé mentale.
- Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même CTSM peuvent constituer entre eux une Communauté Psychiatrique de Territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement.

#### **Pour les établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement**

- ▶ L'ARS, après avis du représentant de l'Etat dans le département, désigne les Etablissements chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement.

▶ La zone géographique de l'Etablissement de santé est définie dans le CPOM, en tenant compte des modalités d'organisation en secteurs de psychiatrie.

▶ Le projet d'Etablissement précise les moyens mis en œuvre et les modalités de coordination avec l'activité de psychiatrie de secteur.

▶ Rapport remis au Parlement dans un délai de 3 ans sur la mise en œuvre de la politique de santé mentale.

▶ Mesures concernant le placement en chambre d'isolement et la contention : inscription sur registre, rapport annuel. Un décret précisera les modalités de mise en œuvre.

#### **COMMENTAIRES**

▶ Reconnaissance de la psychiatrie de secteur.

▶ Risque de clivage entre l'activité psychiatrique de secteur et l'hospitalisation :

« La même équipe pluri professionnelle de secteur psychiatrique assure la continuité des soins entre les prises en charge ambulatoires et l'hospitalisation, quel que soit leur mode, sur un territoire déterminé ».

SPH octobre 2014 - Avignon

▶ Reconnaissance de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?

#### **GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE**

##### **Article 27**

- ▶ Chaque Etablissement public de santé est partie à une convention de GHT.
- ▶ Sauf dérogation, si spécificité dans l'offre de soin régionale.
- ▶ Le GHT n'est pas doté de la personnalité morale.
- ▶ Objectif : stratégie de prise en charge commune et graduée du patient assurant égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

▶ Mise en commun de fonctions ou transfert d'activités entre Etablissements.

▶ Projet médical partagé.

▶ Qui doit garantir une offre de proximité ainsi qu'une offre de référence et de recours.

▶ Tous les GHT s'associent à un CHU.

Cette association apparaît dans le projet médical et par le biais d'une convention d'association avec l'Etablissement support.

▶ Les Etablissements Publics de Santé autorisés en psychiatrie peuvent être associés à l'élaboration du projet médical partagé de GHT auxquels ils ne sont pas parties dans le cadre des CPTS.

- ▶ Les Etablissements assurant une activité d'Hospitalisation à Domicile (**HAD**) sont associés à l'élaboration du projet médical de GHT.
- ▶ **Les Etablissements ou Service Médico-sociaux publics** peuvent être partie à une convention de GHT.
- ▶ Un Etablissement Public de Santé, un Etablissement ou Service Médico-social public **ne peut être partie qu'à un seul GHT.**
- ▶ Les Etablissements **privés** peuvent être **partenaires** d'un GHT (convention de partenariat).
- ▶ La convention du GHT définit :
  - Un **projet médical partagé.**
  - Les délégations éventuelles d'activités.
  - Les **transferts** éventuels d'activité de soins ou d'équipements de matériels lourds.
  - Les modalités de **constitution des équipes médicales communes** ou des pôles inter-établissements.
- ▶ Les modalités d'organisation et de fonctionnement :
  - La désignation de **l'établissement support** (doit être approuvée par les conseils de surveillance des établissements à la majorité des 2/3, à défaut, désignation par l'ARS après avis du Comité Territorial des Elus).
  - La composition du **Comité Stratégique**, qui comprend les Directeurs, les Présidents de CME et les Présidents des Commissions de soins infirmiers.
- Les modalités **d'articulation entre les CME** pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes.
- Le **Comité Territorial des Elus, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le GHT.**
- ▶ L'Etablissement support assure :
  - Un **système d'information hospitalier** convergent, avec mise en place du dossier patient.
  - Un **département de l'information médicale** de territoire.
  - La fonction **achats.**
  - La coordination des instituts et écoles de formation paramédicale, des plans de **formation continue et de DPC.**
  - L'Etablissement support peut gérer des activités **administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.**
- ▶ Les CHU coordonnent les missions :
  - **d'enseignement et de formation initiale** des professionnels médicaux ;
  - de **recherche** ;
  - de gestion de la **démographie médicale** ;
  - **de référence et de recours** ;
- ▶ La **certification** est conjointe pour les Etablissements publics de santé du GHT.
- ▶ La **convention constitutive** du GHT doit être approuvée par l'ARS suivant sa conformité aux projets régionaux de santé.
- ▶ L'ARS arrête et publie la liste des GHT, ce qui entraîne la création du **Comité Territorial des Elus** (composé des Elus aux Conseils de Surveillance).
- ▶ L'attribution des dotations de **financement de l'aide à la contractualisation** est subordonnée à une Convention de GHT.
- ▶ Un décret, en Conseil d'Etat, détermine :
  - La définition du **projet médical partagé.**
  - Les conditions de **dérogation.**
  - Les conditions d'élaboration de **la convention.**
  - Les conditions de **partenariat des Etablissements privés d'hospitalisation.**
  - Les conditions de modification des **autorisations.**
  - Les conditions de **délégation des fonctions.**
- ▶ L'ARS prend en compte **l'ensemble des budgets des Etablissements du GHT** pour apprécier l'EPRD et le plan global de financement pluri-annuel.
- ▶ Chaque Etablissement public de santé conclut une **convention** de GHT **avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016** et la liste des GHT est arrêtée à cette date.
- ▶ Par dérogation, **le projet médical partagé** peut être arrêté au plus tard **au 1<sup>er</sup> juillet 2016.**

## COMMENTAIRES

- ▶ Tout Etablissement gérant des secteurs de psychiatrie, qu'ils soient en établissement psychiatrique ou en hôpital général, doit **pouvoir participer à plusieurs GHT, dont un au moins de psychiatrie à projet médical unique, porté par une CME commune.**  
Soit, GHT de psychiatrie et santé mentale, soit GHT polyvalent sous réserve d'un **budget identifié pour la psychiatrie.**  
*SPH, IDEPP, SPEP juin et juillet 2015.*

- ▶ **Question du pilotage :**
- ▶ Variabilité des modélisations des GHT par voie de convention (coopération, mutualisation).
- ▶ **Projet médical partagé**, comme socle constitutif de la GHT.
- ▶ **ARS** et découpage administratif.
- ▶ Injonction des **Hôpitaux** sur la base de modèles économiques.
- ▶ Poids des **élus**, des **usagers**.
- ▶ **Taille du territoire** permettant l'accessibilité aux soins.
- ▶ Notion de bassin de vie
- ▶ Débat actuel sur le **cadre juridique des GHT** : pré-fusion ? intérêt des GCS.
- ▶ Modalités de coordination à préciser entre **Communautés Professionnelles de Territoire et GHT**.
- ▶ Risque majeur pour les **budgets de la psychiatrie** d'être une variable d'ajustement, en cas de difficultés financières.

## GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE

### Article 49

#### COMMENTAIRES

- ▶ Pacte de confiance mars 2013 :  
« Tourner la page du volet hospitalier de la loi HPST », « Rétablir une gouvernance équilibrée » car « Les dispositions actuelles, issues de la loi HPST se sont révélées peu adaptées à la réalité et aux spécificités de l'hôpital public ».  
*Mme Marisol TOURAINE*

- ▶ Un décret fixe le **nombre d'agents** d'un Etablissement **en-dessous duquel** la constitution de Pôles est facultative, et le **nombre maximal d'agents** que peut comporter un Pôle.
- ▶ Les Pôles d'activité sont composés de **services**, de départements, d'unités fonctionnelles.
- ▶ **Le Directeur nomme les Chefs de Pôle sur proposition du Président de la CME.**  
Le Directeur nomme le Chef de Pôle conformément à la proposition du Président de CME, prise sur avis de la CME.
- ▶ Le Directeur nomme les Chefs de Service, conformément à la proposition du Président de CME, après avis du Chef de Pôle (SPH - Octobre 2014 - Avignon).
- ▶ Le Directeur signe avec le Chef de Pôle un Contrat de Pôle contresigné par le Président de la CME qui atteste la conformité du contrat avec le projet médical de l'Etablissement.
- ▶ Le Chef de Pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du Pôle, en prenant en compte leur droit d'expression.
- ▶ Un décret fixe :
  - Les modalités d'exercice des fonctions de Président de la CME
  - Les conditions d'une charte de gouvernance entre le Président de la CME et le Directeur qui prévoit :
    - Modalités de relations entre Président de CME et les Pôles.
    - Modalités de la représentation de l'Etablissement par le Président de CME en externe.
- Moyens matériels et humains mis à disposition du Président de CME.
- ▶ Dans les Etablissements de Santé privés habilités pour le SPH, les usagers sont représentés dans les CA ou dans les Conseils de Surveillance.
- ▶ Dans les Etablissements de Santé privés à but lucratif, mise en place d'une conférence médicale.
- ▶ Dans les Etablissements de Santé privés à but non lucratif, mise en place d'une commission médicale.
- ▶ Les Etablissements de santé rendent public chaque année les indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- ▶ Modulation des dotations régionales de financement et des M.I.G.A.C. si non respect.

## SECRET MÉDICAL ET PROFESSIONNEL

### Article 25

- ▶ Le partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne entre des professionnels ne faisant pas partie d'une même équipe de soins, requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret, après avis de la CNIL.
- ▶ La personne est dûment informée de son droit d'exercer à tout moment une opposition à l'échange et au partage d'information la concernant.
- ▶ Quelles seront les conditions et les modalités de mise en œuvre de cet échange et de ce partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé, du champ social et médico-social ?



# L'adhésion au SPH

---

Cher(e) collègue,

Bienvenue ! Rejoindre une organisation syndicale est un acte important et nous vous souhaitons de faire avec le SPH un parcours qui sera source d'échanges féconds dans un esprit de confraternité et de collégialité. Le SPH s'engage à vous apporter les informations nécessaires et le soutien dont vous aurez besoin.

Notre organisation vous permettra de solliciter en premier lieu votre secrétaire d'établissement, vos conseillers départementaux (en Ile-de-France), régionaux ou nationaux, et enfin le bureau national pour toutes les difficultés que vous rencontrez ou les questions que vous vous posez.

Le SPH, c'est aussi :

- ◆ La défense du service public hospitalier commune avec l'ensemble des syndicats de la Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH).
- ◆ Une implication au niveau européen par l'adhésion du syndicat à la Fédération Européenne de Médecins Salariés (FEMS).
- ◆ Une société scientifique : la Société de l'Information Psychiatrique (SIP) qui est membre fondateur de la Fédération Française de la Psychiatrie et de la World Psychiatric Association.
- ◆ Un organisme agréé pour la formation et le DPC, l'Association pour l'Evaluation, la Formation et les Congrès des Psychiatres (AEFCP).
- ◆ Une revue scientifique mensuelle : l'Information Psychiatrique.
- ◆ L'offre depuis 1980 d'une protection sociale aux praticiens grâce à l'Association Pour les Praticiens et Assimilés (APPA).

Tous les ans, l'Assemblée générale à laquelle vous serez conviés, se poursuit par le congrès de notre société scientifique, la Société de l'Information Psychiatrique. C'est un moment fort de notre vie syndicale qui nous rassemble et permet un réel débat pour orienter nos actions. L'inscription aux journées de la SIP vous est offerte la 1<sup>ère</sup> année de votre adhésion.

Notre site <http://www.sphweb.info> vous permettra de trouver les informations d'actualité syndicale et professionnelles ainsi qu'un dossier d'adhésion.

Vous pouvez adhérer en ligne et régler le montant de l'adhésion directement par carte bancaire.

L'information correspondante au congrès de la SIP se trouve sur le site <http://www.inscrivez-moi.fr>

En faisant le maximum pour répondre à vos attentes et en souhaitant votre participation active recevez nos salutations syndicales les meilleures

**M. Bétrémieux, Président**  
**I. Montet, Secrétaire générale**  
**PF. Godet, Trésorier**

# 10 Bonnes raisons d'adhérer au Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

1. Le SPH est le premier syndicat des Psychiatres Hospitaliers
2. Le SPH soutient concrètement ses adhérents lorsque ceux-ci rencontrent des difficultés administratives, judiciaires, ordinaires...
3. Le SPH, implanté dans toutes les régions de France et d'Outre-Mer, s'appuie sur le réseau de ses secrétaires d'établissement, conseillers régionaux ou nationaux
4. Le SPH défend une psychiatrie publique dynamique et novatrice basée sur ses valeurs humanistes
5. Le SPH défend le service public hospitalier avec l'ensemble des syndicats de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH)
6. Le SPH est membre de la Fédération Européenne de Médecins Salariés (FEMS)
7. Le SPH c'est aussi une société scientifique : la Société de l'Information Psychiatrique (SIP), membre fondateur de la Fédération Française de la Psychiatrie
8. Le SPH c'est aussi un Organisme de Développement Professionnel Continu Psy (ODPCPsy) agréé pour le DPC
9. Le SPH c'est aussi une revue scientifique mensuelle : l'Information Psychiatrique
10. enfin c'est aussi l'exigence d'une meilleure protection sociale des PH le SPH étant à l'origine de la création de l'APPA

Tous les ans, l'Assemblée générale à laquelle vous serez conviés, s'articule avec le congrès de la Société de l'Information Psychiatrique et de l'ODPCPsy.

L'inscription aux Journées de la SIP vous est offerte lors de votre première adhésion au SPH !

Toute l'actualité syndicale et professionnelle ainsi qu'un dossier d'adhésion sur notre site <http://www.sphweb.info>

Vous pouvez y adhérer en ligne en réglant directement par carte bancaire.

Toute l'information sur le congrès SPH / SIP / ODPCPsy : <http://www.inscrivez-moi.fr>

# Cotisations 2016

	Cotisation SPH	Cotisation Société de l'Information Psychiatrique	Abonnement à la revue de l'Information Psychiatrique*	Total	Cotisation complète
<b>Assistants Praticiens attachés - PAC Chefs de clinique Honoraires (retraités)</b>	<input type="checkbox"/> 23 €	<input type="checkbox"/> 23 €	<input type="checkbox"/> 51 €		<input type="checkbox"/> 97 €
<b>PH temps plein et contractuel</b>					
- Echelon 1 et 2 ou contractuel	<input type="checkbox"/> 41 €				<input type="checkbox"/> 136 €
- Echelon 3 à 6	<input type="checkbox"/> 180 €	<input type="checkbox"/> 44 €	<input type="checkbox"/> 51 €		<input type="checkbox"/> 275 €
- Echelon 7 à 13	<input type="checkbox"/> 222 €				<input type="checkbox"/> 317 €
<b>Salarié ESPIC convention 51- 66</b>	<input type="checkbox"/> 168 €				<input type="checkbox"/> 263 €
<b>PH en position de cessation progressive d'activité</b>	<input type="checkbox"/> 128 €				<input type="checkbox"/> 223 €
<b>PH temps partiel</b>					
- Echelon 1 et 2	<input type="checkbox"/> 24 €	<input type="checkbox"/> 24 €			<input type="checkbox"/> 99 €
- Echelon 3 à 6	<input type="checkbox"/> 85 €	<input type="checkbox"/> 44 €	<input type="checkbox"/> 51 €		<input type="checkbox"/> 180 €
- Echelon 7 à 13	<input type="checkbox"/> 130 €	<input type="checkbox"/> 44 €			<input type="checkbox"/> 225 €
<b>Salarié PSPH convention 51 - 66</b>	<input type="checkbox"/> 78 €	<input type="checkbox"/> 44 €			<input type="checkbox"/> 173 €
<b>Internes</b>	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 10 €	<input type="checkbox"/> 51 €		<input type="checkbox"/> 76 €

\*Ce tarif d'abonnement à la revue de l'Information Psychiatrique est strictement réservé aux membres du SPH ou de la SIP.

Chèque à libeller à l'ordre du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux et à adresser avec le dossier complet de demande d'adhésion à :

Trésorier du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux  
585 avenue des déportés - CH Hénin-Beaumont - 62251 Hénin-Beaumont  
Courriel : secretariatSIP2@gmail.com  
Tél. : 03 21 08 15 25

**Vous pouvez adhérer aussi directement en ligne et régler par carte bleue à partir du site [www.sphweb.info](http://www.sphweb.info), rubrique adhésions**

**Vous souhaitez être informé rapidement ? N'oubliez pas de fournir une adresse email en même temps que votre adresse postale. Le coût et donc la richesse de notre communication comme la rapidité de notre réactivité syndicale en dépendent**

M.       Mme       Mlle

NOM PRENOM

NOM DE JEUNE FILLE DATE DE NAISSANCE / /

### Fonction professionnelle actuelle

- |  |   |  |                                  |
|--|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PH temps plein    | <input type="checkbox"/> PH temps partiel   | <input type="checkbox"/> Praticien contractuel | <input type="checkbox"/> PAC     |
| <input type="checkbox"/> Praticien attaché | <input type="checkbox"/> Assistant  | <input type="checkbox"/> Chef de clinique      | <input type="checkbox"/> Interne |
| <input type="checkbox"/> Chef de service   | <input type="checkbox"/> Honoraire (retraité)   |  |                                  |
| <input type="checkbox"/> PSPH :            | Intitulé de l'établissement de nomination par arrêté <span style="float: right;">_____</span> |  |                                  |

Année de prise de fonction / / Echelon Année de thèse / /

### Adresse de l'établissement de rattachement

Type d'établissement (CHS, CH, CHU, CHI, EPSM,...)

Intitulé de l'établissement

Secteur de rattachement Code secteur

N°	Rue	
CP	Localité	
Tél.	Fax	Adresse email

### Adresse du lieu d'exercice (si différente de l'établissement de rattachement)

Nom de la structure

N°	Rue	
CP	Localité	
Tél.	Fax	Adresse email

### Adresse personnelle (facultative)

N°	Rue	
CP	Localité	
Tél.	Fax	Adresse email

### A quelles adresses postale ou électronique souhaitez-vous recevoir la correspondance syndicale ?

Personnelle  Professionnelle



# ORGANIGRAMME DU SPH 2015-2018

## BUREAU NATIONAL

<b>Président</b>	<b>Marc BETREMIEUX</b>	CH - 62119 HENIN BEAUMONT Tél. : 03 21 08 15 25 marcbetrem@gmail.com
<b>Secrétaire Général</b>	<b>Isabelle MONTET</b>	CHI - 60617 CLERMONT DE L'OISE Tél. : 03 44 77 51 43 montet.isabelle@wanadoo.fr
<b>Trésorier</b>	<b>Pierre-François GODET</b>	CH SAINT-CYR AU MONT D'OR 69450 pfgodet@ch-st-cyr69.fr
<b>Vice présidente</b> Chargée des questions scientifiques ; relations internationales	<b>Gisèle APTER</b>	CH Erasme - 92160 Antony gisele.apter@gmail.com
<b>Vice- Président</b> Chargé de la psychiatrie en milieu pénitentiaire	<b>Michel DAVID</b>	CHS Fondation Bon Sauveur 50360 Picauville Tél. : 02 33 21 84 66 michel.david.sph@gmail.com
<b>Délégations</b>	<b>A QUI S'ADRESSER concernant</b>	
<b>Déontologie, soins sans consentement</b>	<b>Yves HEMERY</b>	CH des Pays de Morlaix - 20205 MORLAIX Tél. : 02 98 62 61 32
<b>Organisation des soins en psychiatrie</b>	<b>Alain POURRAT</b>	CH Le Vinatier - 69677 BRON cedex alain.pourrat@ch-le-vinatier.fr
<b>Communications et publications syndicales/ psychiatrie infanto-juvénile</b>	<b>Anne-Sophie PERNEL</b>	CESAME, 49130 Sainte-Gemmes-sur-Loire, anne-sophie.pernel@ch-cesame-angers.fr
<b>Délégations expertise et psychiatrie légale ; repré- sentant au CASP</b>	<b>Paul JEAN-FRANCOIS</b>	paul.jeanfrancois@gh-paulguiraud.fr
<b>Organisation des soins en psychiatrie, relations avec les conférences de PCME</b>	<b>Jean-Pierre SALVARELLI</b>	CH Le Vinatier - 69677 BRON cedex Tél. : 04 37 91 50 10 jean-pierre.salvarelli@ch-le-vinatier.fr
<b>Praticiens Temps partiel, relations avec le conseil de l'Ordre des médecins</b>	<b>Catherine SAMUELIAN-MASSAT</b>	CHU Ste Marguerite - 13274 MARSEILLE Tél. : 04 91 38 70 90 catherine.massat@mail.ap-hm.fr
<b>Relations avec les psychiatres en formation et en début de carrière</b>	<b>Marion AZOULAY</b>	marion.azoulay13@gmail.com
<b>Urgences et réseaux en psychiatrie</b>	<b>Marie-Josée CORTES</b>	cortes-marie-jose@neuf.fr
<b>Psychiatrie à l'hôpital général, financement de la psychiatrie</b>	<b>Jean PAQUIS</b>	CH Montauban 82013 MONTAUBAN Tél. : 05 63 92 87 10 j.paquis@ch-montauban.fr
<b>Relations avec les organisations de défense de la psychiatrie &amp; la Fédération Française de psychia- trie</b>	<b>Bernard ODIER</b>	Association de Santé Mentale du 13e arrondissement – 75013 PARIS 01 40 77 44 53 odierbernard@wanadoo.fr
<b>Statut du praticien</b>	<b>Monique D'AMORE</b>	CHS MONTPERRIN 13 AIX-EN-PROVENCE monique.damore@orange.fr
<b>Psychiatrie en outremer</b>	<b>Georges ONDE</b>	georges.onde@wanadoo.fr
<b>Rédacteur en Chef de l'Information Psychiatrique</b>	<b>Thierry TREMINE</b>	thierry.tremine@dbmail.com
<b>Questions scientifiques</b>	<b>Hélène BRUN-ROUSSEAU</b>	CH - 33410 CADILLAC helene.brun-rousseau@ch-cadillac.fr
<b>Questions scientifiques</b>	<b>Nicole GARRET-GLOANEC</b>	

## CONSEILLERS NATIONAUX

<b>Organisation et défense syndicale</b>	<b>Didier BOILLET</b>	d.boillet@epsve.fr
<b>Relations avec les nouveaux praticiens et psychiatres en formation</b>	<b>Jean-Marc CHABANNES</b>	jean-marc.chabannes@ap-hm.fr
<b>Exercice en ESPIC – psychiatrie légale et mineurs</b>	<b>Gérard SHADILI</b>	ggpsy17@yahoo.fr
<b>Psychiatrie infanto-juvénile ; FMC et DPC</b>	<b>Bertrand WELNIARZ</b>	b.welniarz@epsve.fr
<b>Communication syndicale</b>	<b>Stéphanie SAMSON</b>	stephaniesamson49@hotmail.com
<b>Affaires scientifiques ; FMC et DPC</b>	<b>Jean OUREIB</b>	jean.oureib@gmail.com
<b>Psychiatrie infanto-juvénile et financement de la psychiatrie</b>	<b>Philippe HOUANG</b>	philippe.houang@wanadoo.fr
<b>Expertises et psychiatrie légale</b>	<b>Gérard ROSSINELLI</b>	gerard.rossinelli@wanadoo.fr
<b>Statut des praticiens hospitaliers, de la retraite et de la protection sociale</b>	<b>Denis DESANGES</b>	denisdesanges@voila.fr

## CONSEILLERS NATIONAUX

Région ou Département pour Ile-de-France	Fonction	Nom - Prénom	Adresse	E Mail
<b>Alsace</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>WEIBEL Hubert</b>	CH DU HASENRAIN 68051 MULHOUSE	weibelh@ch-mulhouse.fr
<b>Alsace</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>PERRIER Edmond</b>	CH ALSACE NORD 67170 BRUMATH	edmond.perrier@ch-epsan.fr
<b>Alsace</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>GERVAIS Eric</b>	CH ALSACE NORD 67170 BRUMATH	eric.gervais@ch-epsan.fr
<b>Alsace</b>	Secrétaire Etab.	<b>MULLER Françoise</b>	CH 68051 MULHOUSE	mullerf@ch-mulhouse.fr
<b>Alsace</b>	Secrétaire Etab.	<b>TRIFFAUT Vivien</b>	CH ALSACE NORD 67170 BRUMATH	vivien.triffaut@ch-epsan.fr
<b>Alsace</b>	Secrétaire Etab.	<b>HUFFSCHMITT Luc</b>	CH 67152 ERSTEIN	l.huffschmitt@ch-erstein.fr
<b>Aquitaine</b>	Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab.	<b>AYOUN Patrick</b>	CH CHARLES PERRENS 33076 BORDEAUX	payoun@ch-perrens.fr
<b>Aquitaine</b>	Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab.	<b>GINIES Emmanuelle</b>	CH 33505 LIBOURNE	emmanuelle.ginies@ch-libourne.fr
<b>Aquitaine</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>GOGNAU Jean-Pierre</b>	CH 33410 CADILLAC	gognau.jeanpierre@gmail.com
<b>Aquitaine</b>	Conseiller Régional suppléant	<b>LE BIHAN Patrick</b>	CH 33410 CADILLAC	patrick.lebihan@ch-cadillac.fr
<b>Aquitaine</b>	Conseiller Régional Suppléant Secrétaire Etab.	<b>MOREAU Anne</b>	CH 33410 CADILLAC	anne.moreau@ch-cadillac.fr
<b>Aquitaine</b>	Secrétaire Etab.	<b>LARIVIERE Jean-Marie</b>	CH 24000 PERIGUEUX	jm.lariviere@ch-perigueux.fr
<b>Aquitaine</b>	Secrétaire Etab.	<b>MARQUE Bruno</b>	CH 40012 MONT DE MARSAN	bruno.marque@ch-mt-marsan.fr
<b>Aquitaine</b>	Secrétaire Etab.	<b>BROCHARD Alain</b>	CH DES PYRENEES 64039 PAU	alain.brochard@chpyr.fr
<b>Auvergne</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>BOUSSIRON Didier</b>	CH STE MARIE 63000 CLERMONT FERRAND	didier.boussiron@wanadoo.fr
<b>Basse-Normandie</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>COGNARD Christine</b>	EPSM 14012 CAEN	Christine.cognard@epsm-caen.fr
<b>Basse-Normandie</b>	Conseiller Régional suppléante	<b>CASROUGE Beatrice</b>	CHS BON SAUVEUR 50360 PICAUVILLE	beatrice.casrouge@wanadoo.fr
<b>Bourgogne</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>BESSE Pierre</b>	CH LA CHARTREUSE 21033 DIJON	pierre.besse@chs-chartreuse.fr

<b>Bretagne</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>LESTREZ Laurent</b>	CH CHARCOT 56954 CAUDAN	laurent.lestrez@ch-charcot56.fr
<b>Bretagne</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>LE GUERN René</b>	FONDATION BON SAUVEUR 22140 BEGARD	rleguern@fondationbonsauveur.fr
<b>Bretagne</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>PEDEN Soazic</b>	CHU BREST	Soazic.peden@chu-brest.fr
<b>Bretagne</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>MOHY Yves</b>	CH 22110 PLOUGUERNEVEL	y.mohy@arhbretagne.com
<b>Champagne-Ardenne</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>LOEFFEL Philippe</b>	CH DE LA MARNE 51022 CHALON EN CHAMPAGNE	p.loeffel@epsdm-marne.fr
<b>Champagne-Ardenne</b>	Secrétaire Etab.	<b>COLLIN Hugues</b>	CH BEL AIR 08013 CHARLEVILLE MEZIERES	hcollin@ch-belair.fr
<b>Champagne-Ardenne</b>	Secrétaire Etab.	<b>MACZYTA Eric</b>	CH 10500 BRIENNE LE CHATEAU	ericmaczyta@sfr.fr
<b>Champagne-Ardenne</b>	Secrétaire Etab.	<b>FRUNTES Valeriu</b>	CHU 51092 REIMS	vfruntes@chu-reims.fr
<b>Corse</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>RAPTELET Jocelyne</b>	CH 20604 BASTIA	jocelyne.raptelet@wanadoo.fr
<b>Corse</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>CREIXELL Mercedes</b>	CH DE CASTELLUCCIO 20176 AJACCIO	mercedes.creixell@ch-castelluccio.fr
<b>Franche-Comté</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>BOSSI Arnaud</b>	CH ST REMY 70160 ST REMY	arnobossi@yahoo.fr
<b>Guadeloupe</b>	Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab.	<b>TADIMI Allal</b>	CH DE MONTERAN 97120 ST CLAUDE	alla278@yahoo.fr
<b>Guadeloupe</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>EYNAUD Michel</b>	CH DE MONTERAN 97120 ST CLAUDE	michel.eynaud@ch-monteran.fr
<b>Guadeloupe</b>	Secrétaire Etab.	<b>GEORGES DUWAT Ghislaine</b>	CHU 95159 POINTE A PITRE	ghislaine.duwat@yahoo.fr
<b>Guyane</b>	Secrétaire Etab.	<b>DJOSSOU Marie-Laure</b>	CH 97306 CAYENNE	marie-laure.djossou@ch-cayenne.fr
<b>Haute-Normandie</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>JOUY Marc</b>	CH JAMET 76600 LE HAVRE	marc.jouy@ch-havre.fr
<b>Haute-Normandie</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>LEGRAND Pierre</b>	CH DU ROUVRAY 76301 SOTEVILLE LES ROUEN	pierre.legrand@ch-lerouvray.fr
<b>Ile-de-France</b>				
<b>Paris (75)</b>	Secrétaire Dép. Titulaire	<b>KHIDICHIAN Frédéric</b>	HOPITAUX DE SAINT MAURICE 94410 ST MAURICE	f.khidichian@hopitaux-st-maurice.fr
<b>Paris (75)</b>	Secrétaire Dép. Titulaire	<b>ROOS-WEIL Fabienne</b>	CH MAISON BLANCHE 93330 NEUILLY SUR MARNE	fabrwl@wanadoo.fr
<b>Paris (75)</b>	Secrétaire Dép. Suppléant	<b>ESSAAFI Tawfik</b>	CH ESQUIROL 94413 ST MAURICE	taoufikessafi@gmail.com
<b>Seine Et Marne (77)</b>	Secrétaire Dép. Titulaire	<b>PICHARD Valeri</b>	CH 77400 LAGNY SUR MARNE	VPICHARD@ch-lagny77.fr
<b>Seine Et Marne (77)</b>	Secrétaire Dép. Suppléant	<b>STEF Catherine</b>	CH 77100 MEAUX	c-stef@ch-meaux.fr
<b>Yvelines (78)</b>	Secrétaire Dép.	<b>VIALLE Christian</b>	INSTITUT T. ROUSSEL 78360 MONTESSON	c.vialle@th-rousseau.fr
<b>Essonne (91)</b>	Secrétaire Dép. Titulaire	<b>DE BRITO Charles</b>	CH B. DURAND 91152 ETAMPES	cdebrito@eps-etampes.fr
<b>Essonne (91)</b>	Secrétaire Dép. Suppléant	<b>GHANEM Teim</b>	CH ORSAY 91440 BURES SUR YVETTE	t.ghanem@ch-orsay.fr
<b>Hauts De Seine (92)</b>	Secrétaire Dép. Titulaire	<b>HANON Cécile</b>	EPS ERASME 92160 ANTONY	chanon@free.fr
<b>Hauts De Seine (92)</b>	Secrétaire Dép. Titulaire	<b>BOUAZIZ Nora</b>	EPS ERASME 92160 ANTONY	nora.bouaziz@eps.erasme.fr
<b>Seine St Denis (93)</b>	Secrétaire Dép.	<b>DANON Nathalie</b>	CH VILLE EVRARD 93332 NEUILLY SUR MARNE	mdcphen@orange.fr
<b>Val De Marne (94)</b>	Secrétaire Dép.	<b>JUHEL Ann</b>	HOPITAUX DE ST MAURICE 94410	annjuhel@wanadoo.fr

<b>Val De Marne (94)</b>	Secrétaire Dép.	<b>PASCUTTINI Flora</b>	CH PAUL GUIRAUD 94806 VILLEJUIF	f.pascuttini@gmail.com Flora.pascuttini@ch-paulguiraud.fr
<b>Val De Marne (94)</b>	Secrétaire Etab.	<b>BANTMAN Patrick</b>	HOPITAUX DE ST MAURICE 94410	p.bantman@hopitaux-st-maurice.fr
<b>Val D'Oise (95)</b>	Secrétaire Dép. Titulaire	<b>BENLADGHEM Larbi</b>	CH 95503 GONESSE	larbi_benladghem@yahoo.fr
<b>Val D'Oise (95)</b>	Secrétaire Dép. Suppléant	<b>LABERGÈRE Olivier</b>	CH 95503 GONESSE	olivier.labergere@ch-gonesse.fr
<b>Languedoc-Roussillon</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>NÈGRE Michelle</b>	CHU LA COLOMBIERE 34295 MONTPELLIER	m-negre@chu-montpellier.fr
<b>Languedoc-Roussillon</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>LACAMBRE Mathieu</b>	CHU LAPEYRONIE 34295 MONTPELLIER	m-lacambre@chu-montpellier.fr
<b>Languedoc-Roussillon</b>	Secrétaire Etab.	<b>NASSIF Raphael</b>	CH F. TOSQUELLES 48120 ST ALBAN	r.nassif@chft.fr
<b>Languedoc-Roussillon</b>	Secrétaire Etab.	<b>FAYAUD René-Louis</b>	CH 66300 THUIR	rl.fayaud@ch-thuir.fr
<b>Languedoc-Roussillon</b>	Secrétaire Etab.	<b>Perrot Jean-Louis</b>	CHU 30006 NIMES	jean.louis.perrot@chu-nimes.fr
<b>Limousin</b>	Conseiller Régional	<b>POUPRY Monique</b>	CHS ESQUIROL 87100 LIMOGES	bousselas@wanadoo.fr
<b>Lorraine</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>LARUELLE Francois</b>	CH 54701 PONT A MOUSSON	francois.laruelle@cpn-laxou.com
<b>Lorraine</b>	Secrétaire Etab.	<b>DECKER Michel</b>	CH JURY LES METZ	michel.decker@ch-jury.fr
<b>Lorraine</b>	Secrétaire Etab.	<b>NEU Philippe</b>	CH LORQUIN 57790	philippe.neu@ch-lorquin.fr
<b>Lorraine</b>	Secrétaire Etab.	<b>MORDASINI Marylène</b>	CH RAVENEL 88500 MIRECOURT	mmordasini@ch-ravenel.fr
<b>Lorraine</b>	Secrétaire Etab.	<b>ATAMUNIUK Yvon</b>	CH 57200 SARREGUEMINES	yvon.atamaniuk@chs-sarreguemines.fr
<b>Martinique</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>DELILLE MANIERES Bruno</b>	CH DE COLSON 97261 FORT DE FRANCE	martinicsph@wanadoo.fr
<b>Martinique</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>DELLAS Bernard</b>	CH DE COLSON 97261 FORT DE FRANCE	bernard.dellas@orange.fr
<b>Martinique</b>	Secrétaire Etab.	<b>GILLET Christel</b>	CH DE COLSON 97261 FORT DE FRANCE	christel.gillet@laposte.net
<b>Martinique</b>	Secrétaire Etab.	<b>SLAMA Rémy</b>	CH DE COLSON 97261 FORT DE FRANCE	remyslama97@yahoo.fr
<b>Martinique</b>	Secrétaire Etab.	<b>URSULET Gilbert</b>	CHU 97261 FORT DE FRANCE	gursulet@sasi.fr
<b>Midi-Pyrénées</b>	Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab.	<b>VIGNES Michel</b>	CHU 31000 TOULOUSE	vignes.michel@chu-toulouse.fr
<b>Midi-Pyrénées</b>	Conseiller Régional	<b>VILAMOT Bernard</b>	CH 81013 ALBI	bernard.vilamot@orange.fr
<b>Midi-Pyrénées</b>	Secrétaire d'établissement	<b>TESSIER Emmanuelle</b>	CHU 31000 TOULOUSE	cabal-berthoumieu.s@chu-toulouse.fr
<b>Midi-Pyrénées</b>	Secrétaire Etab.	<b>CALVET LEFEUVRE Jocelyne</b>	CH MARCHAND 31000 TOULOUSE	jocelyne.calvet@free.fr
<b>Nord-Pas-De-Calais</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>SALOME Eric</b>	EPSM DES FLANDRE 59270 BAILLEUL	eric.salome@epsm-des-flandres.com
<b>Nord-Pas-De-Calais</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>LAVOISY Bertrand</b>	CH LILLE METROPOLE 59427 ARMENTIERES	blavoisy@epsm-lille-metropole.fr
<b>Nord-Pas-De-Calais</b>	Conseiller Régional	<b>HUM Pierre</b>	CPAA 59000 LILLE	hum.pierre@neuf.fr
<b>Nord-Pas-De-Calais</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>ROBERT Sylvie</b>	EPSM ARMENTIERES	srobert@epsm-lille-metropole.fr
<b>Nord-Pas-De-Calais</b>	Secrétaire d'étab.	<b>BREUILLARD Julien</b>	EPSM DES FLANDRES	
<b>Nord-Pas-De-Calais</b>	Secrétaire d'étab.	<b>TRESPALACIOS Hugo</b>	EPSM ST VENANT	hugo_trespalacios@yahoo.f



<b>Pays De La Loire</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>BURGOS Vincent</b>	CH DAUMEZON 44342 BOUGUENNAIS	vincent.burgos@ch-gdaumezon.fr
<b>Pays De La Loire</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>DÉSORMEAUX Ambroise</b>	CTRE ANGEVIN 49130 STE GEMMES / LOIRE	Ambroise.desormeaux@ch-cesame-angers.fr
<b>Pays De La Loire</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>KEZEDE Erwan</b>	CHS SAINT-GEMMES / LOIRE	ekezede@meslin.biz
<b>Pays De La Loire</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>YEBBAL Kahina</b>	CH GEORGES DAUMEZON 44342 BOUGUENNAIS	kyebbal@yahoo.fr
<b>Picardie</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>HUYGHE Dominique</b>	EPSM 02320 PREMONTRE	domhuyghe@icloud.com
<b>Picardie</b>	Conseiller Régional suppléant	<b>LEGRAND Eric</b>	CH PINEL 80044 AMIENS	elegend@ch-pinel.fr
<b>Picardie</b>	Secrétaire Etab.	<b>CARABY Isabelle</b>	CHI 60607 CLERMONT DE L'OISE	day.jphi@free.fr
<b>Picardie</b>	Secrétaire Etab.	<b>ARAB Samir</b>	CHI 60607 CLERMONT DE L'OISE	samir.arab@chi-clermont.fr
<b>Picardie</b>	Secrétaire Etab.	<b>PERCQ Maud</b>	EPSM 02320 PREMONTRE	maud.percq@epsmd-aisne.fr
<b>Picardie</b>	Secrétaire Etab.	<b>DELGRANGE Didier</b>	CH 80142 ABBEVILLE	delgrange.didier@ch-abbville.f
<b>Poitou-Charentes</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>CHAVAGNAT Jean-Jacques</b>	CH H. LABORIT 86021 POITIERS	jean-jacques.chavagnat@ch-poitiers.fr
<b>Provence-Alpes-Côte D'azur</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>TIGET Florence</b>	CHS MONTPERRIN 13616 AIX EN PROVENCE	florecetiget@orange.fr
<b>Provence-Alpes-Côte D'azur</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>COEN Marianne</b>	CH E. TOULOUSE 13917 MARSEILLE CEDEX 15	marianne.coen@yahoo.fr
<b>Provence-Alpes-Côte D'azur</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>DUAULT Marie-Thérèse</b>	CH E. TOULOUSE 13917 MARSEILLE CEDEX 15	duaultmt@yahoo.fr
<b>Provence-Alpes-Côte D'azur</b>	Conseiller Régional suppléante	<b>BARUT Blandine</b>	CHS MONTPERRIN 13616 AIX EN PROVENCE	blandine.barut@ch-montperrin.fr
<b>Provence-Alpes-Côte D'azur</b>	Secrétaire Etab.	<b>MORVILLE Véronique</b>	CH TOULON LA SEYNE	veronique.morville@ch-toulon.fr
<b>Provence-Alpes-Côte D'azur</b>	Secrétaire Etab.	<b>CHOKRON BENSOUSSAN Régine</b>	CH 83630 FREJUS	reginebensoussan@wanadoo.fr
<b>Provence-Alpes-Côte D'azur</b>	Secrétaire Etab.	<b>SILVE Christine</b>	CH TOULON LA SEYNE	christine.silve@wanadoo.fr
<b>Réunion</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>TRON Patrick</b>	CH 97866 ST PAUL	p.tron@epsmr.org
<b>Réunion</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>CRAVERO Jean-Philippe</b>	CH 97866 ST PAUL	jp.cravero@wanadoo.fr
<b>Réunion</b>	Secrétaire Etab.	<b>MACHET Elena</b>	CH 97866 ST PAUL	e.machet@epsmr.org
<b>Réunion</b>	Secrétaire Etab.	<b>CHRISTEN Ludovic</b>	CH 97448 ST PIERRE	ludovic.christen@chr-reunion.fr
<b>Réunion</b>	Secrétaire Etab.	<b>SWARTEBROCKX M</b>	CH MAYOTTE	
<b>Rhône-Alpes</b>	Conseiller Régional titulaire	<b>GRIGUER Jean-Louis</b>	CH DE VALMONT 26760 MONTELEGER	jean-louis.griguer@orange.fr
<b>Rhône-Alpes</b>	Conseiller Régional titulaire	<b>BUQUET Antoine</b>	CH DE BOURGOIN-JALLIEU 38	abuquet@ch-bourgoin.fr
<b>Rhône-Alpes</b>	Conseiller Régional Titulaire	<b>HENRIETTE Stéphane</b>	CH LE VINATIER 69677 BRON	stephane.henriette@ch-le-vinatier.fr
<b>Rhône-Alpes</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>CEZANNE BERT Guillaume</b>	CH LE VINATIER 69677 BRON	guillaume.cezanne-bert@ch-le-vinatier.fr
<b>Rhône-Alpes</b>	Conseiller Régional Suppléant	<b>BELLIER Patrick</b>	CH DE VALMONT 26760 MONTELEGER	patrickbellier@laposte.net



# Les Annonces de Recrutement

**Le CMPP de SURESNES - CCN 66 - recrute :**



**Un médecin psychiatre**

Temps partiel 0,29 ETP - CDI

**Une assistante sociale**

Temps partiel 0,14 ETP - CDI

**Postes à pourvoir début janvier 2016**

**Envoyer lettre de motivation + CV à :** Mme la Directrice administrative

CMPP de SURESNES - 132, Boulevard du Mal de Lattre de Tassigny - 92150 SURESNES - cmppsuresnes.direction@yahoo.fr

## Centre de Psychothérapie d'Osny

3, rue Xavier BICHAT - 95520 OSNY  
Tél. : 01 34 24 75 75  
Fax : 01 34 24 75 85  
FINESS 95 0 310 029

## Centre de Psychothérapie d'Osny (Val-d'Oise)

*Etablissement de psychiatrie adulte privé  
indépendant : 64 lits d'hospitalisation complète  
et 10 places d'hôpital de Jour  
(SSR addictologie) situé sur un pôle de santé  
pluridisciplinaire (une clinique  
Médico-chirurgicale avec un service  
d'urgences 24/24, un SSR, un centre d'imagerie  
médicale avec radiologie scanner et IRM,  
un centre de radiothérapie et oncologie,  
une EHPAD et une RPA).*

*Orientations de l'établissement :  
TCC, thérapies de groupe, addictologie  
et comorbidités, psycho traumatisme, projet  
remédiation cognitive.*

**RECRUTE**

## PSYCHIATRE

Profession médical : psychiatre  
Type d'établissement : centre hospitaliser privé  
Type de contrat : libéral  
Disponibilité : immédiate  
Statut : libéral

**Adresser candidature à :** [cpo95@orange.fr](mailto:cpo95@orange.fr)

**Tél. : 01 34 24 75 75**

[www.centre-psychotherapie-osny.com](http://www.centre-psychotherapie-osny.com)

INSTITUT MEDICO-EDUCATIF

## Jean-Marc Itard

**L'Institut Médico-Educatif Jean-Marc Itard RECRUTE**

## UN MÉDECIN PSYCHIATRE

**0,5 ETP - CDI - STATUT PH CONTRACTUEL**

**LE RECRUTEMENT OUVRIRA À COMPTER DU 01/11/2015**

**CADRE :** l'Institut Médico-Educatif accueille 40 enfants de 4 à 16 ans relevant de l'annexe 24 simple.

**MISSIONS :** Dans le cadre du projet d'établissement et en relation avec le directeur :

• Collaborer avec l'ensemble de l'équipe à la prise en charge des enfants et à leur soutien psychique.

- Participer à l'élaboration des projets individualisés.
- Participer à la réflexion clinique en équipe pluridisciplinaire.
- Participer à l'actualisation du projet d'établissement.
- Mener un travail d'accompagnement auprès des familles.

**PROFIL :**

Orientation analytique et/ou expérience de psychothérapie institutionnelle souhaitée(s).

Candidatures et curriculum vitae à adresser à la direction dans les meilleurs délais : M. LADA Thierry - IME Jean Marc ITARD - 3, Avenue de Verdun - 93150 Le Blanc-Mesnil

LA DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE DE L'ENFANCE ET DE LA SANTE RECRUTE

DÉPARTEMENT DE PARIS



**MEDECINS PSYCHIATRES (H/F)  
ou PEDO-PSYCHIATRES (H/F)**

Pour ses Centres d'Adaptation Psychopédagogiques Paris Intra-Muros  
thésés et inscrits à l'Ordre – Vacataires

Adresser lettre de motivation avec CV détaillé à Docteur Walus  
DASES - Bureau de la Santé Scolaire et des CAPP 94-96, quai de la Râpée - 75570 PARIS CEDEX 12  
Tél. : 01 43 47 74 58 - Fax : 01 43 47 76 36 - Mail : isabelle.walus@paris.fr



CENTRE HOSPITALIER  
THÉOPHILE ROUSSEL

**Le Centre Hospitalier Théophile Roussel**

Etablissement Public de Santé, Spécialisé en psychiatrie  
générale et psychiatrie infanto-juvénile

**RECRUTE PSYCHIATRES (H/F)**

**POUR :** Pôle de psychiatrie générale • Pôle de psychiatrie infanto-juvénile

Pour tout renseignement vous pouvez contacter le Docteur DAGENS au :  
01 30 86 38 70 - Mail v.dagens@th-roussel.fr

Les Candidatures sont à adresser à la Direction des Ressources Humaines  
du Centre Hospitalier Théophile Roussel  
1, rue Philippe Mithouard - BP 71, 78363 MONTESSON Cedex  
ou par mail : drh.recrutement@th-roussel.fr



L'association Maison Des Adolescents des Hauts-de-Seine (MDA 92) s'est donné pour  
objet d'animer et d'être le réseau coordonné de professionnels et d'institutions œuvrant  
dans le champ de l'adolescence sur le territoire des Hauts-de-Seine.

**La Maison Des Adolescents des Hauts-de-Seine (MDA 92) recrute pour sa coordination  
UN MEDECIN COORDINATEUR (H/F, POSTE A TEMPS PARTIEL)**

Diplôme de spécialité médicale (pédiatrie, psychiatrie, médecine générale, santé publique). Expérience souhaitée de coordination de réseaux ou coordination de projet.  
Poste rattaché statutairement au Centre Hospitalier Théophile Roussel et sous la responsabilité fonctionnelle du Bureau de la MDA 92.

Il/elle assure une fonction d'animation de l'équipe permanente de la MDA 92 et apporte une expertise médicale à la mise en œuvre des actions de la MDA 92. Il/elle assure avec  
le coordinateur administratif, une fonction d'animation de réseau afin de : Améliorer la lisibilité et le recours aux dispositifs, et notamment l'accès au soin • Favoriser l'évolution et  
l'ajustement des dispositifs par une mise en relation des acteurs et une réflexion commune.

Il/elle s'inscrit dans la dynamique associative de la MDA92 et assure l'articulation auprès du CA avec les instances régionales et nationales.

**MODALITÉS DE CANDIDATURE**

Envoyer lettre de motivation + CV A Monsieur le Président Association MDA 92 - Espace Andrée Chédid - 60, rue du Général Leclerc - 92130 Issy-les-Moulineaux



Deuxième établissement de santé du Limousin et premier établissement de la Corrèze, le Centre Hospitalier est au centre d'un bassin en pleine expansion.  
Brive la Gaillarde : Agglomération de 100 000 habitants, capitale économique du bas Limousin, située au carrefour auto-routier Paris-Toulouse → Lyon -  
Bordeaux. Aéroport à proximité.

Brive la Gaillarde est à deux heures de route de Toulouse, Bordeaux et Clermont-Ferrand et à 50 minutes de Limoges.

Le Centre Hospitalier de Brive est un établissement dynamique structuré en 8 pôles d'activité. Il dispose de 605 lits et 110 places son offre de soins est  
large. Il présente en effet une palette complète de services et de missions sanitaires tant en médecine, pédiatrie, chirurgie, obstétrique qu'en rééducation  
fonctionnelle, soins de suite, psychiatrie adulte et enfant. Il est aussi le siège d'un service d'accueil des urgences.

**LE CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE RECHERCHE POUR SON SERVICE DE PEDOPSYCHIATRIE  
DEUX PRATICIENS A TEMPS PLEIN PEDOPSYCHIATRES OU PSYCHIATRES AVEC EXPERIENCE EN PEDOPSYCHIATRIE**

L'équipe médicale est composée de 4,3 pédopsychiatres rattachés au Centre Hospitalier de Brive.

L'intersecteur dispose de : 2 hôpitaux de jour • d'un service d'accueil familial thérapeutique • d'une unité de psychiatrie périnatale  
• de 3 pôles de consultations ambulatoires et intervient dans les services de pédiatrie en psychiatrie de liaison.

Les références théoriques sont variées, les pratiques et modes de prise en charge très diversifiées. De nombreuses formations sont proposées localement.

Des projets sont en cours et le praticien recruté aura l'opportunité de s'engager et de prendre rapidement des responsabilités s'il le souhaite.

L'intersecteur de pédopsychiatrie concerne l'ensemble du département de la Corrèze.

Aux confins du Périgord et du Quercy; à la croisée de 2 autoroutes, notre région touristique offre un cadre de vie très agréable.

Contacts : Le Dr Carcenac - julie.carcenac@ch-brive.fr - au 05 55 92 78 21 | Monsieur Delivet - Directeur - direction-generale@ch-brive.fr - au 05 55 92 60 01

Dans le cadre de la mise en œuvre de son projet d'établissement, l'Association de Santé Mentale "La Nouvelle Forge" située dans la région parisienne (Chantilly-Creil-Senlis)

## UN PSYCHIATRE COMPETENT EN PEDOPSYCHIATRIE (TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL)

- Possibilité de détachement de praticien hospitalier.
- Rémunération convention 79 à négocier.
- Possibilité de faire évoluer ce poste vers un poste de médecin-chef



Des renseignements peuvent être donnés par le Directeur Général M. Dandel au 03 44 55 20 54 ou par le Président du Conseil Médical Dr Albert au 06 08 22 66 84

Les candidatures sont à adresser au Directeur Général : Association La Nouvelle Forge - 2, Avenue de l'Europe - 60100 CREIL  
Tél. : 03 44 55 20 54 - Fax : 03 44 55 13 89 ou par mail : [guy.dandel@nouvelleforge.com](mailto:guy.dandel@nouvelleforge.com)

RECHERCHE

PICARDIE



CENTRE HOSPITALIER  
PHILIPPE PINEL

### Centre Hospitalier Philippe Pinel Etablissement Public de Santé Mentale

à Amiens, ville universitaire en Picardie - 1h15 de Paris, de Lille, de Rouen et 2h de Reims.  
Implanté sur un vaste terrain de 34 hectares situé à Amiens, le Centre Hospitalier Philippe Pinel est chargé de la prise en charge des maladies mentales dans les quatre secteurs géographiques qui lui sont rattachés. Sa capacité d'accueil est de 327 lits.

### L'établissement recrute **DES MEDECINS PSYCHIATRES**

**dans différents services de l'établissement (secteurs G01, G02 et G04) - Postes à temps plein**

#### Contacts :

- Madame le Docteur Catherine PECH - Chef de Pôle de Psychiatrie Adulte Nord - Tél. : 03 22 53 46 44 - Mail : [cpech@ch-pinel.fr](mailto:cpech@ch-pinel.fr)
- et Monsieur le Docteur Cyrille GUILLAUMONT - Chef de Pôle de Psychiatrie Adulte Sud - Tél. : 03 22 53 46 34 - Mail : [c.guillaumont@ch-pinel.fr](mailto:c.guillaumont@ch-pinel.fr)
- Adresser candidature à : Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Philippe Pinel - Route de Paris - CS 74410 - 80044 AMIENS CEDEX 1



Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des Pyrénées Ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Le Centre Hospitalier comprend plus de 1 000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.



RECHERCHE

## DES PSYCHIATRES ET PEDOPSYCHIATRES

(Toutes les candidatures seront étudiées - Sur poste PH temps plein - Titulaire ou PH Contractuel) - (P.A.E obligatoire pour les médecins hors Union Européenne).

#### Affectations diverses possibles sur la psychiatrie :

Psy adulte/urgences psychiatriques avec projet CAP 48 - Projet HAD - Unités d'admission - CMP et HJ - Pédopsy/CMP Pamiers - HJ - AFT - ...

#### Adresser CV et lettre de motivation à :

M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines et Affaires Médicales du Centre Hospitalier Ariège Couserans  
BP 60111 - 09201 Saint-Girons Cedex

Ou par mail : [secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr](mailto:secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr) - Téléphone secrétariat DRH : 05 61 96 21 94

MIDI-PYRÉNÉES



Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des Pyrénées Ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Le Centre Hospitalier comprend plus de 1 000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.



RECHERCHE

## DES PSYCHIATRES ET PEDOPSYCHIATRES

(Toutes les candidatures seront étudiées - Sur poste PH temps plein - Titulaire ou PH Contractuel) - (P.A.E obligatoire pour les médecins hors Union Européenne).

### Affectations diverses possibles sur la psychiatrie :

Psy adulte/urgences psychiatriques avec projet CAP 48 - Projet HAD - Unités d'admission - CMP et HJ - Pédopsy/CMP Pamiers - HJ - AFT - ...

### Adresser CV et lettre de motivation à :

M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines et Affaires Médicales du Centre Hospitalier Ariège Couserans  
BP 60111 - 09201 Saint-Girons Cedex

Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr - Téléphone secrétariat DRH : 05 61 96 21 94

## MAISON DÉPARTEMENTALE des PERSONNES HANDICAPÉES



Créée par la loi du 11/02/2005, la MDPH, qui a remplacé les anciennes COTOREP et CDES, assure les missions d'accueil et d'évaluation des besoins en compensation de la personne en situation de handicap dans le cadre d'un plan d'aide permettant notamment l'ouverture de droits en matière de prestations financières et/ou d'orientation vers les établissements et services médico-sociaux.

Notre organisme est un groupement d'intérêt public sous tutelle du département des BDR situé à 4 quai d'Arenc à Marseille. En 2014, la MDPH 13 a instruit et notifié 136 318 demandes.

La MDPH des Bouches du Rhône recrute

## Un Médecin psychiatre (h/f)

Au sein de la maison départementale des personnes handicapées, vous serez le référent des équipes pluridisciplinaires pour toutes les questions relatives au handicap psychique, l'objectif étant de garantir la qualité des évaluations et des propositions de plans de compensation soumises à la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. A cet effet, vous serez amené à proposer l'harmonisation, la conception et/ou la mise à jour des procédures d'évaluation, ainsi qu'à travailler à l'élaboration de référentiels.

D'autre part, vous apporterez votre concours aux évaluations nécessaires à l'attribution des différentes prestations (AEEH, AAH, orientations....).

Ces évaluations des déficiences et des besoins en compensation des usagers présentant un handicap mental ou psychique se réaliseront sur dossiers ou dans le cadre de visite médicale.

Vous pourrez également être sollicité pour participer aux équipes pluridisciplinaires et aux Commissions relatives aux situations critiques.

**Profil :** Docteur en médecine ayant de préférence une expérience dans l'évaluation du handicap.

Contrat à durée déterminée de 12 mois, puis CDI après 2 ans  
Durée hebdomadaire de travail : 28 H 00 Hebdo (éventuellement ce 0,8 ETP peut être ramené à 0.5 ETP soit 17,5 H Hebdo)  
Salaire indicatif pour un temps de travail à 80% : Mensuel 4 256,12 Euros Bruts, Prime de fin d'année, Chèques repas

**Personne à contacter :** Jean- Marc SILVIANI (04 13 31 98 36)

Les candidatures sont à adresser jusqu'au 15/02/2016 à :  
MDPH 13 - 4 quai d'Arenc  
CS 80096  
13304 Marseille  
cedex 02



Le Centre Hospitalier de NIORT, établissement de recours du territoire de Santé des Deux-Sèvres pour la médecine, chirurgie, obstétrique dispose également d'une activité importante en santé mentale sur tout le Sud Deux-Sèvres. Le Pôle de « Psychiatrie-Addictologie-Réseaux Médicaux » dispose :

- De 3 secteurs adultes avec une majorité de CMP installés dans des locaux récents ou neufs.
- D'un intersecteur handicap psychique avec un Centre Ressource Handicap Psychique.
- D'une filière de psychiatrie du sujet âgé comprenant des prises en charges variées.
- D'un Centre d'Accueil et de Crises avec une équipe d'appui aux urgences.
- D'un Centre Psychothérapique Enfants et Adolescents.
- D'un Centre Expertise Adulte Autiste, antenne adulte du Centre Ressource Autisme, reconnu au niveau national.
- D'une filière addictologique : CSAPA, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, Consultation Hospitalière d'Addictologie, Unité d'Addictologie (rattachée à un pôle médico-chirurgical) avec le projet de développer cette unité en service d'Addictologie permettant de créer une filière de niveau 2.

Cette communauté médicale riche et diversifiée assure des missions dans des domaines très variés : prise en charge de la crise suicidaire, déchronicisation des personnes avec handicap psychique, remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, développement des thérapies brèves, précarité (EMAPP), ...

## LE CENTRE HOSPITALIER DE NIORT (79) REGION POITOU-CHARENTES

### RECHERCHE

#### 4 MEDECINS PSYCHIATRES (POSTES A TEMPS PLEIN)

#### ET 1 MEDECIN GENERALISTE (POSTE A TEMPS PARTIEL OU A TEMPS PLEIN)

Afin de compléter nos équipes :

• **1 psychiatre** pour sa filière psychiatrique du sujet âgé : hospitalisation complète, hôpital de jour de crise et de réadaptation, hôpital de jour d'évaluation couplé à une consultation mémoire labellisée (comprenant des vacations de neurologue, 3 neuropsychologues et de la neuro-imagerie), une équipe mobile de psychogériatrie bien articulée avec les structures psychiatriques gériatologiques, gériatriques et les EHPAD du Sud Deux-Sèvres, unité de guidance familiale. Ce poste complètera une équipe de 3,5 ETP de psychiatres, un interne de spécialité et 3 ETP de gériatres.

• **3 psychiatres** pour compléter les équipes médicales des 3 secteurs adultes (5<sup>ème</sup> dans des équipes de 5 PH – Activité intra et CMP), possibilité d'intégrer les différents projets inscrits au projet médical du pôle : gestion de la crise et gestion de la dangerosité, TFS, hypnose, médiation corporelle, art thérapie, psychodrame, ECT et stimulation magnétique transcrânienne, développement d'équipes mobiles,...

• **1 médecin généraliste (temps plein ou temps partiel)** pour compléter l'équipe médicale de médecine somatique en psychiatrie.

*Le Centre Hospitalier de Niort se situe dans une agglomération de 110 000 habitants bien desservie sur le plan autoroutier et TGV et à 50 minutes de la Côte-Atlantique avec ses îles (Ré, Oléron et Aix). Bassin de population de 400 000 habitants.*

#### Candidature à adresser à :

Madame Elodie COUAILLIER - Directeur des Affaires Médicales  
Tél. : 05 49 78 20 34 - Mail : dam@ch-niort.fr

#### Pour tout renseignement, contacter :

Monsieur le Docteur Dominique LEGER - Chef du Pôle Psychiatrie  
Addictologie - Réseaux Médicaux - dominique.leger@ch-niort.fr  
Tél. secrétariat : 05 49 78 37 96

## LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTES (17) RECHERCHE UN(E) PEDOPSYCHIATRE Poste temps plein



Le pôle de pédopsychiatrie accueille les enfants et les adolescents de 0 à 18 ans.

Doté d'une équipe dynamique, le pôle dispose de moyens variés répartis sur le territoire centre et ouest de la Charente-Maritime (Saint-Jean-d'Angely, Saintes, Marennes, Ile-d'Oléron) :

- Plusieurs CMP dont un dispositif itinérant en milieu rural.
- Une équipe mobile intervenant à domicile ou en établissement médico-social.
- Une équipe de thérapie familiale ainsi qu'une unité d'accueil familial thérapeutique.
- Trois hôpitaux de jour.
- Une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents ainsi qu'un travail étroit avec le service de pédiatrie.

Le service est par ailleurs engagé dans divers projets dont celui de redéfinir et d'organiser le dépistage, l'évaluation et le parcours de soins des enfants présentant des troubles du spectre autistique en partenariat avec le Centre Ressource Autisme et le CAMSP.

**Contacts :** Dr Giraudeau-Villar - Chef de Pôle Psychiatrie Infanto-Juvenile - Téléphone : 05 46 95 15 27 - Mail : n.giraudeau@ch-saintonge.fr  
Mme Da Silva Bigot - Directrice des Affaires Médicales - Téléphone : 05 46 95 12 55 - Mail : a.da-silva-bigot@ch-saintonge.fr



Mandatées par le conseil de la région  
**ETABLISSEMENT MODERNE POUR CURES LIBRES**



### Clinique Ker Yonnec (Champigny/89)

Etablissement de psychiatrie adulte privé indépendant : 150 lits d'hospitalisation complète dont un service de psychogériatrie, un hôpital de jour et de nuit, un service de sismothérapie, structure moderne, haut standing situé à 100 km au sud de Paris.

## Recherche un psychiatre en activité libérale.

Merci d'adresser votre candidature à : [direction@keryonnec.com](mailto:direction@keryonnec.com) - Tél. : 03 86 66 66 80 - Site Web : [www.keryonnec.com](http://www.keryonnec.com)



LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE DE PRIVAS, établissement privé assurant le service public hospitalier sur l'ensemble du département de l'Ardèche, recrute dans le cadre de son projet d'établissement et pour l'ensemble de ses secteurs et de ses services intersectoriels (réhabilitation psycho-sociale, géronto-psychiatrie, alcoologie).

## Psychiatre à temps plein ou à temps partiel

Statut convention collective FEHAP du 31 octobre 1951.

**Nombreux avantages sociaux :**

- Mutuelle et prévoyance • Retraite surcomplémentaire • Frais de déménagement pris en charge
- Paiement des six premiers mois de loyers • Le versement d'une prime d'installation de 10 000 € bruts, au prorata du temps de travail, versés par quart à l'échéance de chaque semestre dans les deux premières années.

Renseignements concernant les fonctions auprès du Directeur - 04 75 20 15 10  
ou du Docteur Lamolinerie - Président de CME - 04 75 20 14 41

Candidature avec lettre et CV par courrier à : M. le Directeur Centre Hospitalier Sainte-Marie  
19, Cours du Temple - BP 241 - 07002 Privas cedex ou par mail à : [direction@privas-groupe-sainte-marie.com](mailto:direction@privas-groupe-sainte-marie.com)



## L'Association de Développement d'Animation et de Gestion d'Établissements Spécialisés Recrute un(e) psychiatre H/F en CDI à temps complet réparti sur trois structures :

Maison d'Accueil Spécialisée de Fontcolombe (Adultes autistes et T.E.D.) 0,30 ETP  
Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés Coste Rousse 0,20 ETP  
Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique Le Languedoc 0,50 ETP

CCNT 66 Poste à pourvoir pour janvier 2016  
Lieux d'intervention Montpellier Métropole

Candidatures à adresser à : Monsieur le Directeur Maison d'Accueil Spécialisé de Fontcolombe  
509, Rue de Château Bon 34070 MONTPELLIER - [b.rubio@adages.net](mailto:b.rubio@adages.net)

L'ETS KER JOIE (Association Notre Dame de Joie), spécialisé en psychiatrie adulte, ESPIC, convention nationale 51, implanté en centre Bretagne depuis 40 ans



## Recrute un 4<sup>e</sup> psychiatre à temps plein pour compléter son équipe médicale

Possibilité de logement locatif sur site (maison d'habitation 5 chambres).

Prière de prendre contact par mail ou téléphone auprès de l'équipe de Direction :

Dr Denis GEST ou Mme Sandrine BILLAUD (envoi candidature et CV)

Tél. : 02 97 38 82 34 - Mail : [denis.gest@kerjoie.net](mailto:denis.gest@kerjoie.net) ou [sandrine.billaud@kerjoie.net](mailto:sandrine.billaud@kerjoie.net)

Renseignements : Médecin Directeur : Dr Denis GEST | Président de CME : Dr M'hammed BENAZZOUZ



### Etablissement et lieu d'exercice :

CMPP de QUIMPER 1C, avenue de Braden  
29 000 QUIMPER/PONT L'ABBE.

Il(elle) assure dans son champ de compétence un travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire du CMPP et en réseau avec les autres partenaires du CMPP (services hospitaliers, structures petites enfance, libéraux, école...). Participation à la dynamique pluridisciplinaire de l'équipe du CMPP (réunions d'équipe, participation aux synthèses, participation aux réunions internes et externes).

Il(elle) assumera en lien avec les autres Pédopsychiatres la conduite, l'animation et la coordination de la réflexion clinique et psychopathologique de centre.

Il(elle) exercera pour une partie de son temps une activité de consultation et de travail clinique.

## CMPP DE QUIMPER/PONT L'ABBE Recrute deux pédopsychiatres

CDI - 1,35 ETP - CC 66 - Temps Annualisé - 37,75h/Sem du lundi au vendredi.

Les candidatures (CV et lettre de motivation) sont à retourner :

A l'attention de Monsieur SOUFFOIS - Directeur du CMPP de QUIMPER  
Madame HACQUIN Médecin Directeur - 1, avenue du Braden - 29 000 QUIMPER

Contacts : Monsieur SOUFFOIS - Tél. : 02 98 53 01 33  
Courriel : [cmpp-quimper@orange.fr](mailto:cmpp-quimper@orange.fr) - Tél. : 06 71 87 94 15





## LE CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER DE RENNES

Etablissement public de santé mentale (1h de VANNES et NANTES - 45 mn de SAINT-MALO, TGV Paris-Rennes).

**Nombre de lits et places :** 1 755 - 89 ETP médecins psychiatres et 12 ETP de médecins généralistes - 9 secteurs de psychiatrie adulte  
Pôle Addiction Précarité - Pôle Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (avec UHSA) - 3 inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile  
Une fédération des internats de psychiatrie infanto-juvénile - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
Une Unité de Soins Longue Durée - Une Maison d'Accueil Spécialisée - L'établissement comporte 2 pôles hospitalo-universitaires.  
Le Projet Médical 2012-2016 est en cours de mise en œuvre avec une orientation marquée vers les prises en charge ambulatoires.

## RECHERCHE DES MEDECINS PSYCHIATRES

**Praticiens Hospitaliers à temps plein (titulaires ou contractuels) :** 2 postes au sein du Pôle Hospitalo-universitaire de Psychiatrie Adulte,

- 1 poste au sein du pôle de psychiatrie infanto-juvénile I02
- 1 poste au sein du pôle de psychiatrie infanto-juvénile I03
- 1 poste partagé au sein des pôles de psychiatrie adulte G05 et G10.

**Assistants Spécialistes :**

- Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte
- Pôle de psychiatrie infanto-juvénile I02.

**Renseignements et candidatures :** M. POTIER - Directeur des Affaires Médicales - Centre Hospitalier Guillaume Régnier  
108, avenue du Général LECLERC BP60321 35703 RENNES CEDEX 7 - dam@ch-guillaumeregnyer.fr - 02 99 33 39 96

## LA FONDATION BON SAUVEUR DE PICAUVILLE RECRUTE

### UN PSYCHIATRE H/F



Dans le cadre d'une vacance de poste, la Fondation Bon Sauveur de Picauville recrute un psychiatre H/F.

Au sein des secteurs de psychiatrie adulte, vous assurez le suivi des patients atteints de troubles psychiatriques et définissez les projets de soins en lien avec les équipes pluridisciplinaires. Vous participez à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets [d'établissement, d'unité...] et participez à différents groupes de réflexions transversaux.

Poste en CDI temps plein basé dans le Centre Manche/Nord Cotentin [50].

**Profil recherché :** Doctorat en médecine avec une spécialisation en psychiatrie.

**Avantages sociaux :** CE, mutuelle, prévoyance, retraite complémentaire.

30 jours de congés payés ouvrés, RTT, développement professionnel continu.



Ce poste vous intéresse ?

Merci d'adresser votre candidature (cv + lettre de motivation) à :

Madame Solange SECCHI, DRH, Fondation Bon Sauveur - 50360 PICAUVILLE  
ou par mail à [service.recrutement@fbs-picauville.com](mailto:service.recrutement@fbs-picauville.com)

Pour plus d'informations, contactez :

M. Xavier BERTRAND - Directeur Adjoint et Responsable des Affaires Médicales  
02 33 21 66 59

Mme Solange SECCHI - DRH - 02 33 21 66 55

Site internet : <http://www.fondation-bon-sauveur-picauville.fr/>

APEI du Grand Montpellier (23 établissements et services, 640 salariés et 900 personnes accueillies), recrute :



## DES MEDECINS PSYCHIATRES & PEDOPSYCHIATRES

- 0.10 ETP soit 15.17 heures par mois pour l'ATO Les Terres Blanches à Montpellier.
- 0.30 ETP soit 45.50 heures par mois pour le FAM Le Guilhem à Montpellier.
- 0.20 ETP soit 30.33 heures par mois pour le SESSAD Les Pescalunes à Lunel (enfants de 0 à 14 ans).
- 0.50 ETP soit 75.84 heures par mois pour l'IME Les Pescalunes à Lunel (enfants de 5 à 20 ans).
- 0.23 ETP soit 34.88 heures par mois pour l'ESAT de Castelnaud le Lez.

**Ces postes sont à pourvoir :** au plus tôt pour l'ATO "Les Terres Blanches" et le FAM Le Guilhem à Montpellier  
Ainsi que pour l'ESAT "l'Envol" de Castelnaud le Lez. A partir du début 2016 pour le SESSAD/IME "Les Pescalunes" à LUNEL.

- Accompagner et soutenir la personne handicapée, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire (soutien technique).
- Assurer le lien avec les différents partenaires (réseau) au regard de votre fonction.
- Assurer la veille, la préparation et l'alerte (maltraitance, mal être, ...).

**Aptitudes :**

- Connaître le secteur médico-social et ses enjeux.
- Inscrire son action dans un cadre institutionnel, éthique et déontologique.
- Connaître le handicap mental.
- Avoir de réelles qualités relationnelles et aptitudes au travail en équipe.
- S'inscrire dans un réel partenariat tant en interne qu'en externe.

Les candidatures (lettre de motivation manuscrite, curriculum-vitae) sont à adresser à :

M. le Président - APEI DU GRAND MONTPELLIER  
1572, Rue Saint-Priest - 34090 MONTPELLIER

Il est tout à fait possible de postuler partiellement voire cumuler plusieurs de ces offres.

Contrat à durée indéterminée.

Salaires de base brut mensuel conformément à la CCNT du 15/03/1966 annexes des médecins spécialistes.

**Missions :**

Dans le respect des valeurs et orientations de notre association et sous la responsabilité directe des Directeurs d'Établissements, vous êtes chargé(e) de :

- Mettre en place et suivre le projet de soins (diagnostic, thérapie, guidance...).
- Apporter votre expertise et aider à la compréhension des problématiques rencontrées.
- Participer à l'élaboration du projet individualisé.
- La formation et du soutien clinique aux professionnels.
- Participer aux réunions institutionnelles de préparation de bilan et de synthèse.

## L'EPSM DES FLANDRES RECHERCHE DES PRATICIENS PSYCHIATRES

### POUR LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE 59 G 04

- Ouverture début 2016 d'une nouvelle unité d'hospitalisation (construction à Cappelle-la-Grande/45 mn de Lille) à sortie immédiate de l'A25) : 42 lits + un Centre d'Accueil et d'Orientation.
  - 2 CMP (Grande-Synthe et Gravelines).
  - Une unité de réhabilitation psychosociale à Gravelines.
- Chef de Pôle : Dr. A. HAMEK - 03 28 43 45 68**

### POUR LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE 59 G 06

- 2 unités d'hospitalisation de 15 lits chacune à Bailleul.
  - 2 CMP (Bailleul et Merville).
  - Hôpital de Jour intersectoriel (Hazebrouck).
  - Projet d'appartements thérapeutiques.
- Chef de Pôle : Dr. JL. POURPOINT - 03 28 43 45 59**



Vous pouvez également contacter le Bureau des Affaires Médicales  
03 28 43 46 00

**Candidatures à adresser par mail ou courrier :**  
affairesmedicales@epsm-des-flandres.com

EPSM DES FLANDRES - Direction des Ressources Humaines  
790, Route de Locre - BP 90139 - 59270 BAILLEUL

## Clinique de Saumery

41350 Huisseau sur Cosson - Loir et Cher - France



Site exceptionnel à quatre km de Chambord et quinze de Blois (SNCF Paris Austerlitz), la clinique de Saumery dispose d'un fort potentiel de développement (CPOM 2012-2016) centré sur l'adolescence.

### Activité diversifiée

#### Hospitalisation temps plein

- 42 lits non sectorisés de psychiatrie adulte.
- 15 lits de pédopsychiatrie.

#### Alternative à l'hospitalisation

- 10 places d'hospitalisation de jour et/ou de nuit.
- 10 places d'hôpital de jour pour adolescents (en ville, à Blois).
- Appartement associatif de 3 places.
- Travail en réseau et coopération territoriale.

### Contacts

00 33 (0)2 54 51 28 28

- Dr Antoine FONTAINE - Président de CME - afontaine@saumery.fr
- M. Amaro DE VILLANOVA - Directeur - a.de.villanova@saumery.fr

## RECRUTE PEDOPSYCHIATRE

### Mission de service Public

- Formation d'Internes DES de psychiatrie.

### Projet médical

- Psychiatrie générale.
  - Soins intégration scolaire pour adolescents.
  - Psychothérapie analytique des psychoses et des états-limites.
  - Projet de soins individualisés.
  - Psychothérapie institutionnelle.
  - Pôle recherche et enseignement.
- Formation permanente du personnel (Association Culturelle).

### Gestion autonome et indépendante (SARL Clinique Médicale du Centre)

- Synergie administrative et médicale.
- Etablissement certifié V3 (Mai 2012) : service qualité sécurité des soins, dispositifs thérapeutiques, logistiques et management.
- Conventionnement sécurité sociale.

**Poste à pourvoir dans une équipe d'exercice collégial. Salaire selon échelon, expérience et investissement.**

**Travail à temps complet.**

**Logement de fonction, garderie pour enfants à proximité.**



L'Adapei 45 « les Papillons Blancs du Loiret »

Recrute pour son Institut Médico-éducatif situé à NEVOY près de Gien

## un médecin psychiatre (h/f)

0,5 ETP - Convention collective : 1966.

Poste à pourvoir dès que possible.

Merci d'envoyer un CV accompagné d'une lettre de motivation à :

Mme la Directrice de l'IME - 196, route du Bois d'Amblay 45500 NEVOY

Ou par mail : imenevoy@adapei45.asso.fr



Le Réseau Fribourgeois de Santé Mentale (RFSM) assure la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique d'environ 8 000 patients par année et comprend une offre de soins ambulatoire, intermédiaire, mobile et hospitalière. Le RFSM dispose de 11 sites répartis sur le territoire cantonal.

Le secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents s'occupe du diagnostic et du traitement d'enfants et d'adolescents fragilisés ou atteints dans leur santé mentale. En même temps, en collaboration avec ses partenaires de réseau, le secteur élabore et réalise des projets pour promouvoir la continuité des soins et la prise en charge intégrée. Pour compléter notre équipe, nous cherchons pour une entrée en fonction à convenir :

## Un-e médecin chef-fe de clinique (taux d'activité à convenir)

Nous offrons des conditions de travail attrayantes dans une région pittoresque dotée d'une riche culture, avec la ville universitaire de Fribourg en son centre, et nous soutenons votre formation continue ainsi que votre développement professionnel.

Si vous avez des enfants : une crèche se trouve dans les environs immédiats du Centre de soins hospitaliers.

Le canton dispose d'une offre de formation continue diversifiée dans ses deux langues officielles.

**Dr A. Bernardon - Médecin Directeur du Secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents, se tient à votre disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires - Tél. : +41 26 305 30 50 - E-mail : fombonnat@rfsm.ch « offre détaillée sous notre site : www.rfsm.ch »**

**Votre dossier, accompagné des documents usuels, est à adresser à :**

**Réseau fribourgeois de santé mentale, c/o Centre de soins hospitaliers - Ressources Humaines - Case postale 90 - CH-1633 Marsens ou par courriel à rfsm\_rh@rfsm.ch**

# RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)

## LA FÉDÉRATION

## INFORMATIONS & SERVICES

## EMPLOI

Offre d'emploi | CVthèque | Service Civique | Espace Candidat | Espace recruteur | Offre d'emploi à temps partagé

Je suis à la recherche d'un poste

Je m'enregistre sur le portail Internet FEHAP

Je poste ma candidature

Mon CV est visible par plus de 4 000 structures

Je crée une alerte pour recevoir les offres d'emploi correspondant à ma recherche

Je suis recruteur

Je m'identifie sur le portail internet FEHAP

Je recherche un salarié, je me rends sur l'espace Offre d'emploi

Je recherche ou souhaite proposer un temps partiel, je me rends sur l'espace Offre d'emploi à temps partagé

Je crée mon annonce

Je crée une alerte pour recevoir les CV adaptés à ma recherche

Elle est soumise à validation auprès de la FEHAP

Si elle est validée, l'annonce est mise en ligne

Si je le souhaite, elle est reprise sur les comptes Viadeo et LinkedIn de la FEHAP

## MATCHING !

# Rejoignez la communauté des **Psychiatres**

Réseau  
**PR** Santé



Sur  
**Reseauprosante.fr**



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - [contact@reseauprosante.fr](mailto:contact@reseauprosante.fr)