

# La LETTRE du

Numéro 11 - Juin 2016



LE SYNDICAT DES  
**PSYCHIATRES**  
DES HÔPITAUX

35<sup>ÈMES</sup> JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

# PSYCHIATRIE au FUTUR !



28 SEPTEMBRE > 1<sup>ÈR</sup> OCTOBRE 2016

## BRUXELLES

SQUARE-BRUSSELS MEETING CENTRE

**POLITIQUE TERRITORIALE DE SANTÉ  
MENTALE ET LOI DE SANTÉ**

**ISOLEMENT ET CONTENTION**  
Analyse du rapport du CGLPL

**DÉCRET MODIFICATIF SUR LES  
EXPERTISES**

**3<sup>ÈME</sup> PLAN AUTISME**  
Réactions

**LES 35<sup>ÈMES</sup> JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ  
DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE  
À BRUXELLES**

**sip**  
LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION  
PSYCHIATRIQUE

Renseignements et inscriptions : Dr Pierre-François GODET  
T. 03 21 08 15 25 - F. 03 21 08 15 74  
Contact : secretariatSIP2@gmail.com  
CHHB : 685, avenue des Déportées - BP09 - 62251 Hénil-Beaumont Cedex

**ODPCPsy**



DANS CERTAINES SITUATIONS,  
RIEN NE VAUT  
UNE BONNE COUVERTURE



INTERNES DES HÔPITAUX



**MAINTENIR SON SALAIRE  
EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL**

100% du traitement de base net, gardes incluses

**ÊTRE BIEN REMBOURSÉ  
POUR VOS DÉPENSES DE SANTÉ**

Complémentaire santé à partir de 15 € / mois



INFORMATIONS ET SOUSCRIPTION EN LIGNE  
[APPA.RESSOURCES-FRANCE.COM](http://APPA.RESSOURCES-FRANCE.COM)

**ft**



## Sommaire

---

Politique territoriale de santé mentale et loi de santé _____	04
Communautés Psychiatriques de Territoire et Groupements hospitaliers de territoire _____	04
Article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé _____	13
Isolement et contention _____	17
Analyse du rapport du CGLPL _____	17
Audition du SPH par le CGLPL autour de l'isolement et de la contention en psychiatrie _____	25
Décret modificatif sur les expertises _____	34
3 <sup>ème</sup> Plan Autisme : Réactions _____	37
Les 35 <sup>e</sup> journées de la Société de l'Information Psychiatrique seront à Bruxelles _____	43
L'adhésion au SPH _____	45
Organigramme du SPH 2015-2018 _____	49

### **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

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.

# POLITIQUE TERRITORIALE DE SANTÉ MENTALE ET LOI DE SANTÉ

## Communautés Psychiatriques de Territoire et Groupements hospitaliers de territoire \_\_\_\_\_

Le Premier ministre a attribué en novembre 2015 un caractère de priorité nationale à la psychiatrie et la santé mentale lors de sa rencontre avec les dirigeants hospitaliers. Marisol Touraine confirmait quant à elle au même moment l'intérêt de créer le comité de pilotage national prévu dans le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, reconnaissant ainsi que la prise en compte des spécificités de la psychiatrie avait sa place dans la politique de santé.

A défaut d'avoir obtenu la loi spécifique de santé mentale attendue, la psychiatrie et la santé mentale doivent trouver leur place dans la politique de santé publique nationale par l'article 69 de la loi de santé. La mission de psychiatrie de secteur de l'article L 3221-3 doit alors se concrétiser dans les conditions que l'organisation territoriale de la loi de santé laissera à la psychiatrie, notamment par le redécoupage guidé par l'obligation de groupements hospitaliers de territoire.

Il ne faudrait pourtant pas perdre de vue que la psychiatrie prend en charge plus d'un million de personnes

grâce à une organisation spécifique qu'il serait hasardeux de bouleverser sans être en mesure d'apporter une alternative d'amélioration. La logique des parcours de soins gradués et de recours que prône la loi de santé y est déjà organisée au sein des secteurs psychiatriques, et entre secteurs. Les services de psychiatrie ont de plus installé dans une dimension territoriale de santé mentale qui leur est propre des relations et actions de coopérations : à la dimension intersectorielle, départementale, ou régionale, les différents niveaux d'intervention de la psychiatrie l'ont conduite depuis des décennies à se décloisonner pour répondre à de nouvelles demandes : psychiatrie de liaison, soins aux détenus, organisation des urgences, équipes mobiles, liens avec les CHU pour la recherche et la formation initiale, etc.).

Si une nouvelle réforme d'organisation lui est imposée, il serait logique que la psychiatrie y trouve les moyens d'améliorer ses réponses à des besoins de santé mentale croissants et diversifiés, voire à des injonctions contradictoires d'origine sociale et/ou politique.

Le risque que porte la loi de santé est d'imposer par une logique territoriale d'abord imaginée pour les autres disciplines, une désorganisation de l'offre de soins de la psychiatrie ; et notamment de défaire les activités de liaisons et de partenariats extra-hospitalières tissées grâce à la politique de sectorisation en réinstallant l'hospitalo-centrisme par des regroupements d'établissements hospitaliers, et sur des territoires de grande échelle impossibles à couvrir en activités ambulatoires.

L'obligation introduite par la loi de regrouper des hôpitaux au sein de GHT ne devrait pas faire passer au second rang l'intérêt de réunir les différents acteurs intervenant en santé mentale : les Communautés psychiatriques de territoires (CPT) porteraient cette possibilité si les différents niveaux de prises en charge parmi lesquelles la « filière de soins psychiatrie » y sont coordonnées.

De ce constat, il découle que :

- 1 Sans argument pour que le regroupement d'établissements ayant des activités différentes améliore l'offre de soins psychiatrique, **la dérogation aux GHT** polyvalents est une démarche cohérente pour les établissements ayant la psychiatrie comme activité principale.
- 2 Si le diagnostic territorial de santé mentale établit que la filière de la psychiatrie est améliorée par un regroupement d'établissements, c'est la constitution d'un **GHT spécialisé en psychiatrie** qui doit être envisagée.
- 3 Lorsque l'activité de psychiatrie est exercée en hôpital général, la filière psychiatrique intra-hospitalière doit pouvoir participer au **projet territorial de santé mentale dans sa dimension extra-hospitalière au sein des CPT, et le pilotage du projet médical de la filière doit être assuré par les services de psychiatrie.**

C'est la prise en compte de ses spécificités dans l'organisation territoriale de la psychiatrie qui conditionnera l'efficacité de la politique de santé mentale.

1. Les établissements ayant une activité de psychiatrie constituent et participent systématiquement aux communautés psychiatriques de territoire.
2. Plusieurs communautés psychiatriques de territoires peuvent exister au sein d'une même région.
3. Le projet médical partagé préalable à la constitution des GHT, qu'il s'agisse d'un GHT généraliste ou d'un GHT spécialisé en psychiatrie, intègre obligatoirement un volet d'actions répondant au projet territorial de santé mentale. Ce projet fait notamment apparaître l'organisation pour la filière psychiatrie des soins gradués et les actions de coopération de santé mentale, notamment dans sa participation à la ou les communautés psychiatriques de territoire de santé mentale.
4. La taille du ou des territoires de santé mentale définis par les communautés psychiatriques de territoire doit assurer l'accès facilité à une offre de soins de proximité,

sans rompre la continuité des soins psychiatriques : les territoires de santé mentale sont dessinés par les CPT, et ne sont pas imposés par les territoires de santé MCO ; leur taille ne doit pas être excessive pour pouvoir garder de l'efficacité aux actions.

5. Le contrat territorial de santé mentale conclu avec l'ARS doit permettre d'identifier les acteurs du projet territorial de santé mentale non limités aux établissements ayant une activité de psychiatrie, et qui devraient être membres de la communauté psychiatrique du territoire de santé mentale concerné.
6. Le contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs comporte un volet portant sur les actions liées aux activités de psychiatrie et un volet sur les actions de coopérations avec les acteurs n'ayant pas d'activité de psychiatrie. Coordonnées au sein des Communautés psychiatriques de territoires, les actions en faveur de besoins spécifiques (personnes sous main de justice, périnatalité, précarité, etc.) et en lien avec le diagnostic territorial de santé mentale y apparaissent. Les actions

de santé mentale qui dépassent les activités strictement médicales de psychiatrie, en ambulatoires ou hospitaliers, doivent être valorisées et reconnues dans la politique territoriale de santé mentale au travers des CPT.

7. Quelle que soit l'organisation territoriale retenue à partir du diagnostic partagé de territoire de santé mentale établi (GHT généraliste, GHT spécifique en psychiatrie, dérogation), le budget consacré à la psychiatrie publique doit être sanctuarisé et fléché, en référence au projet territorial de santé mentale. Il doit permettre d'identifier les actions exercées par les communautés psychiatriques de santé mentale.

**Dr Marc BETREMIEUX**  
Président du SPH

**Dr Isabelle MONTET**  
Secrétaire générale du SPH

## MISE EN ŒUVRE

<b>1. Le projet territorial de santé mentale (Article L 3221-2)</b> .....	<b>06</b>
1.1. Le diagnostic territorial partagé de santé mentale .....	06
1.1.1. Sur quel territoire ? .....	06
1.1.2. Comment établir le diagnostic territorial partagé ? .....	07
1.2. Le projet territorial de santé mentale .....	09
1.2.1. dimension structurelle .....	09
1.2.2. dimension qualitative.....	10
1.3. Le contrat territorial de santé mentale .....	10
<b>2. La Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT)</b> .....	<b>11</b>
2.1. Convention constitutive de la CPT.....	11
2.2. Le règlement intérieur de la CPT .....	11
2.3. Statut et Gouvernance de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT).....	12

### 1. Le projet territorial de santé mentale (Article L 3221-2)

Associant l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'un territoire, l'élaboration du projet territorial de santé mentale comporte 3 éléments :

- ◆ Le diagnostic territorial partagé en santé mentale.
- ◆ Le projet territorial de santé mentale.
- ◆ Les contrats territoriaux de santé mentale.

#### 1.1 Le diagnostic territorial partagé de santé mentale

Il est élaboré à l'initiative des professionnels ayant une activité de psychiatrie, en associant les partenaires intervenant dans le champ de la santé mentale et en lien avec les représentants des usagers. Il doit faire l'inventaire de l'offre soins psychiatriques, des équipements et dispositifs de santé mentale.

##### 1.1.1 Sur quel territoire ?

Il s'agit de définir des territoires de santé mentale cohérents avec les bassins de vie, en y intégrant les principes d'organisation également en cohérence avec les équipements de santé mentale présents, sans défaire les parcours de soins et les actions de collaboration déjà en place s'ils répondent aux besoins.

Les territoires de proximité définis par l'article L 3221-4 appelés secteurs de psychiatrie ainsi que la zone d'intervention des établissements de santé

chargés de la mission de psychiatrie de secteur définie par l'article L 3221-3 doivent y trouver leur place fonctionnelle.

Ce diagnostic est établi en cohérence avec le projet régional de santé, par l'intermédiaire de la commission spécialisée de santé mentale siégeant au conseil territorial de santé prévue à l'article L 1434-10.

La logique de découpage territorial que délimiterait un GHT généraliste

(ou polyvalent) n'a donc pas lieu de s'imposer au diagnostic territorial de santé mentale et au projet territorial de santé mentale qui doit en résulter, pour ne pas risquer les ruptures de parcours en rendant les filières de santé mentale inopérantes et en imposant une logique d'organisation inappropriée.

Le territoire de santé mentale doit avoir une dimension suffisante pour assurer une coopération cohérente entre les acteurs sanitaires publics,

privés et également médico-sociaux, et offrir ainsi une offre de prise en charge diversifiée et coordonnée. Mais les spécificités locales telles que les aspects socio-démographiques des populations desservies, les différences entre zones urbaines denses ou zones rurales pourront nécessiter de retenir des aires d'organisation infra-territoriale : les communautés psychiatriques

de territoire (CPT) peuvent en constituer l'échelle.

Les territoires de santé mentale peuvent ainsi être déterminés selon 3 niveaux, dans une double dimension de parcours de soins psychiatriques, et de coordination entre différents acteurs de santé mentale :

- ◆ Échelle sectorielle pour les soins psychiatriques généralistes (70 000 habitants).

- ◆ Échelle Intersectorielle (300 000 habitants).
- ◆ Échelle supra sectorielle dans le bassin de vie (500 000 à 1 million d'habitants).

### 1.1.2 Comment établir le diagnostic territorial partagé ?

Selon la loi, Il est établi sur initiative des acteurs de santé du territoire en associant les représentants des usagers, les autres 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'État 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.

Outre l'inventaire des équipements et des actions de coopération existants, le diagnostic fait l'évaluation des besoins de santé mentale selon un certain nombre d'indicateurs qui peuvent être la morbi-mortalité en santé mentale, le taux de recours aux soins.

La morbi-mortalité sur un territoire est évaluée par des outils épidémiologiques et de recherche qui peuvent être développés au niveau d'une région comme a pu le faire la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale du Nord-Pas-de-Calais par exemple.

#### EXEMPLES D'INDICATEURS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE

Les indicateurs standardisés nationaux ou régionaux (ORS) sont utilisables :

- ◆ Indices comparatifs de mortalité (ICM).
- ◆ Ratios standardisés de morbidité (RSM) pour :
  - ▶ Tentatives de suicide.
  - ▶ Recours à certains médicaments psychotropes.

Les thématiques d'amélioration des parcours en psychiatrie et santé mentale se rejoignent sur les sujets suivants :

- ◆ L'amélioration de l'accès aux soins en périnatalité.
- ◆ L'évaluation et l'organisation des soins de l'autisme et des troubles envahissants du développement.
- ◆ L'amélioration de l'accès aux soins des adolescents.
- ◆ La prévention et la prise en charge des tentatives de suicide.
- ◆ La coordination de l'urgence et de la crise en psychiatrie.
- ◆ L'accès aux soins et le suivi des patients en situation de précarité.
- ◆ La réhabilitation.
- ◆ L'articulation avec les réseaux sociaux et médico-sociaux.
- ◆ Les soins psychiatriques auprès des personnes sous main de justice.
- ◆ La coordination avec les structures de soins de l'addictologie.
- ◆ Le développement de la psychiatrie du sujet âgé.

On trouvera pour exemples les indicateurs suivants sur ces thèmes :

L'amélioration de l'accès aux soins en périnatalité

- ◆ Indicateur 1 : Le taux de natalité.
- ◆ Indicateur 2 : Niveau d'assistance médicale proposé par les maternités du territoire.
- ◆ Indicateur 3 : Nombre d'admissions et d'enfants nés en maternité.

L'évaluation et l'organisation des soins de l'autisme et des troubles envahissants du développement

- ◆ Indicateur 1: Places autorisées en structures médico-sociales pour enfants présentant des troubles envahissants du développement.
- ◆ Indicateur 2 : Nombre d'établissements et services pour enfants en situation de handicap.

L'amélioration de l'accès aux soins des adolescents

- ◆ Indicateur 1 : Le nombre d'enfants de 11-20 ans sur le territoire considéré.
- ◆ Indicateur 2 : Ratio standardisé de morbidité suicidaire des 10-19 ans.

La prévention et la prise en charge des tentatives de suicide, la coordination de l'urgence et de la crise en psychiatrie

- ◆ Indicateur 1 : Taux de mortalité selon le sexe.
- ◆ Indicateur 2 : Indice comparatif de mortalité par suicide.

L'accès aux soins et le suivi des patients en situation de précarité

- ◆ Indicateur 1 : Le score de défavorisation.
- ◆ Indicateur 2 : Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

Les soins psychiatriques auprès des personnes sous main de justice

- ◆ Indicateur 1 : Nombre d'actes, de soins et d'interventions de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

La coordination avec les structures de soins de l'addictologie

- ◆ Indicateur 1 : Taux standardisé de recours aux traitements de la dépendance alcoolique en médecine de ville.
- ◆ Indicateur 2 : Taux brut de recours aux traitements de substitution aux opiacés en médecine de ville.
- ◆ Indicateur 3 : Taux standardisé de recours aux traitements de substitution aux opiacés en médecine de ville.
- ◆ Indicateur 4 : Indice comparatif de mortalité par abus d'alcool y compris psychose alcoolique.

Le développement de la psychiatrie du sujet âgé

- ◆ Indicateur 1 : Taux d'équipements d'accueil des personnes âgées.
- ◆ Indicateur 2 : Indice de vieillissement.
- ◆ Indicateur 3 : Le suicide chez le sujet-âgé.

D'autres indicateurs portant sur l'offre et le recours aux soins psychiatriques sont utilisables :

- ◆ Données d'équipement et d'activité (RIMPsy) recueillies par les Agences Régionales de Santé.
- ◆ Densité des professionnels de santé sur le territoire, dans la région, en France.
- ◆ Moyens en personnels en psychiatrie et en santé mentale sur le territoire, dans la région, en France.
- ◆ Répartition des offres en Santé Mentale : offre publique, offre libérale, offre médico-sociale sur le territoire, dans la région, en France.
- ◆ Relevés des conventions entre les dispositifs sur le territoire, dans la région, entre régions, etc.

Sans être exhaustive, la liste des indicateurs peut également se nourrir de réflexions nées des actions d'évaluation des pratiques professionnelles et démarches qualité menées dans les établissements et capables de répondre à des problématiques locales diagnostiquées dans la démarche d'amélioration des pratiques (exemple : EPP visant à l'amélioration des transmissions entre unités de soins).



## 1.2 Le projet territorial de santé mentale

Il doit permettre d'organiser l'accès de la population :

- ▶ Aux actions de prévention, en particulier grâce au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles psychiques.
- ▶ À la mission de secteur psychiatrique pour des modalités et techniques de soins complémentaires et coordonnés, selon une offre de soins psychiatriques graduée et organisés en trois niveaux : niveau sectoriel pour les soins psychiatriques généraliste, niveau intersectoriel pour des prises en charges spécialisées, niveau supra-sectoriel (régional ou interrégional) pour des dispositifs très spécifiques.
- ▶ À la prise en compte des besoins de populations particulières (périnatalité, spectre autistique et troubles envahissants du développement, personnes sous main de justice, personnes âgées, situations de précarité, etc.).
- ▶ Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale pour les personnes souffrant de troubles psychiques.



**Le projet territorial de santé mentale doit s'appuyer sur les communautés psychiatriques de territoire de santé mentale pour sa mise en œuvre.**

Il est élaboré par les personnels soignants pour une période maximale de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant à la convention constitutive.

Il est renouvelé au terme de cette période ou lorsqu'un changement de circonstances issu de la modification

du projet régional de santé ou de conditions locales.

Les établissements ayant une activité de psychiatrie, parties d'une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) établissent un projet médical en adéquation avec le projet psychiatrique territorial de santé mentale.

**Le Projet Psychiatrique de Territoire de Santé Mentale s'appuiera sur deux axes stratégiques forts :** une dimension structurelle d'organisation graduée et une dimension qualitative.

### 1.2.1 dimension structurelle

Elle a tout intérêt à s'appuyer sur ce que la politique de sectorisation a installé, avec un maillage territorial au niveau national de dispositifs offrant la proximité, l'accessibilité et la continuité

des soins psychiatriques assuré par des équipes pluridisciplinaires.

L'organisation territoriale sectorisée des soins psychiatriques permet en effet 3

niveaux de recours : sectoriel, intersectoriel et supra-sectoriel, tout en intégrant les dispositifs et structures sanitaires somatiques et médico-sociales.

► **1<sup>er</sup> niveau, sectoriel et généraliste** : le secteur, base du maillage du réseau psychiatrique territorial « généraliste », doit conserver en propre l'équipement et les outils nécessaires à la proximité, la continuité et à l'accessibilité des soins : CMP-CATTP-HAD (soins de proximité), hospitalisation temps plein en service libre et en hospitalisation sous contrainte (troubles aigus ou subaigus), HDJ / appartements, placement familial thérapeutique (alternatives à l'hospitalisation complète), foyer thérapeutique, service de maintien à domicile...

► **2<sup>e</sup> niveau, intersectoriel et spécialisé, de recours pour le territoire** : le niveau intersectoriel est garant de la complémentarité et de la coordination des soins pour l'aire géographique qui lui est attribuée. Son objectif est de faciliter les actions de coopération et de complémentarité. Les structures médico-sociales et les structures psychiatriques des cliniques privées peuvent s'intégrer à ce niveau. Les structures intersectorielles psychiatriques publiques qui répondent à des besoins transversaux peuvent être à temps plein, à temps partiel ou ambulatoires : ser-

vice d'urgence, psychiatrie de liaison, équipe mobile en faveur des populations en situation de précarité, unité d'accueil pour adolescents, centre permanent de crise, unité de psycho-gériatrie, unité de réinsertion et d'accompagnement professionnel, prise en charge des addictions, malades « difficiles », psychose chronique...

► **3<sup>e</sup> niveau, supra sectoriel : recours de niveau régional ou interrégional** pour UMD, UHSA, centres socio-médico-judiciaires, etc. pour certaines structures très spécialisées répondant à des besoins spécifiques mais plus limités en nombre de patients.

### 1.2.2 Dimension qualitative

Outre l'amélioration des réponses sur les besoins de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, le projet territorial répondra à certaines thématiques spécifiques déjà citées telles que :

- ◆ Amélioration de l'accès aux soins en périnatalité.
- ◆ Évaluation et l'organisation des soins de l'autisme et des troubles envahissants du développement.
- ◆ Amélioration de l'accès aux soins des adolescents.
- ◆ Prévention et la prise en charge des tentatives de suicide, la coordination de l'urgence et de la crise en psychiatrie.
- ◆ Accès aux soins et le suivi des patients en situation de précarité.



- ◆ Réhabilitation et articulation avec les réseaux sociaux et médico-sociaux.
- ◆ Soins psychiatriques auprès des personnes sous main de justice.
- ◆ Coordination avec les structures de soins de l'addictologie.
- ◆ Développement de la psychiatrie du sujet âgé.

### 1.3 Le contrat territorial de santé mentale

Il est conclu entre l'établissement acteur du projet territorial de santé mentale et l'ARS et il décline les actions, les missions, les engagements, les moyens et

les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. Ce contrat devrait être coordonné, construit et suivi dans le cadre de la communauté psychiatrique

de territoire garante de la cohérence du projet médical de territoire.

## 2. La Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT)

C'est l'instance qui devrait constituer le support de la politique de psychiatrie sur un territoire de santé mentale : elle participe au diagnostic territorial de psychiatrie et santé mentale, elle applique au niveau de son territoire le projet territorial de psychiatrie et santé mentale, elle en garantit l'évaluation. Elle doit pouvoir donner un avis sur

la répartition des budgets de la psychiatrie au sein des territoires et en assurer le suivi. Elle évalue l'adéquation entre les besoins et les moyens mis en œuvre pour la réalisation du projet territorial de santé mentale ainsi que leur évolution.

Elle est articulée dans ses missions et sur le plan fonctionnel par sa gouvernance, avec les différents acteurs de la politique de santé mentale parmi lesquels les GHT, et avec l'ARS par l'intermédiaire de la commission spécialisée de santé mentale prévue au V de l'article L 3221-2 membre du conseil territorial de santé.

### 2.1 Convention constitutive de la CPT

La convention constitutive de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) est préparée par l'instance de gouvernance de la CPT réunissant la commission médicale de territoire et les directeurs issus des établissements publics hospitaliers parties de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT).

La Communauté psychiatrique de territoire n'est pas dotée de la personnalité morale.

La convention constitutive est approuvée par la commission médicale de territoire issue des CME des établissements parties de la CPT et signée après avis :

1° Des comités techniques d'établissement, des commissions médicales d'établissement et des commissions des soins infirmiers, de

rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé parties ;

2° Des comités techniques d'établissement et des conseils d'administration des établissements publics sociaux et médico-sociaux parties.

La convention constitutive approuvée et signée est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétente. Le directeur général de l'agence régionale de santé l'approuve dans un délai de deux mois à compter de sa réception.

La convention constitutive de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) est constituée de deux volets :

- ◆ Le volet relatif au projet Psychiatrique Territorial de Santé Mentale.
- ◆ Le volet relatif aux modalités de fonctionnement de la CPT.

### 2.2 Le règlement intérieur de la CPT

Ce règlement intérieur précise les règles de fonctionnement de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) pour mettre en œuvre le projet Psychiatrique Territorial de Santé

Mentale défini par ladite convention. Il fixe les modalités selon lesquelles l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie sur le territoire concerné élabore le Projet Psychia-

trique Territorial de Santé Mentale, le décline après concertation des équipes de territoire, l'organise en termes de moyens et l'évalue.



Il comporte notamment la liste des instances de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT), les modalités de désignation des représentants siégeant dans ces instances.

La convention constitutive de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) est conclue pour une durée indéterminée.

### 2.3 Statut et Gouvernance de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT)

La qualité de membre actif est attribuée aux établissements publics hospitaliers qui auront voix délibérante à l'Assemblée Générale de la CPT. La CPT est dotée d'une commission médicale de territoire issue des CME des établissements parties de la CPT.

La CPT doit pouvoir associer les autres acteurs du projet territorial de santé mentale : les établissements hospitaliers privés et les établissements sociaux et médico-sociaux ont la qualité de membres associés avec voix consultative à l'Assemblée générale de la CPT.

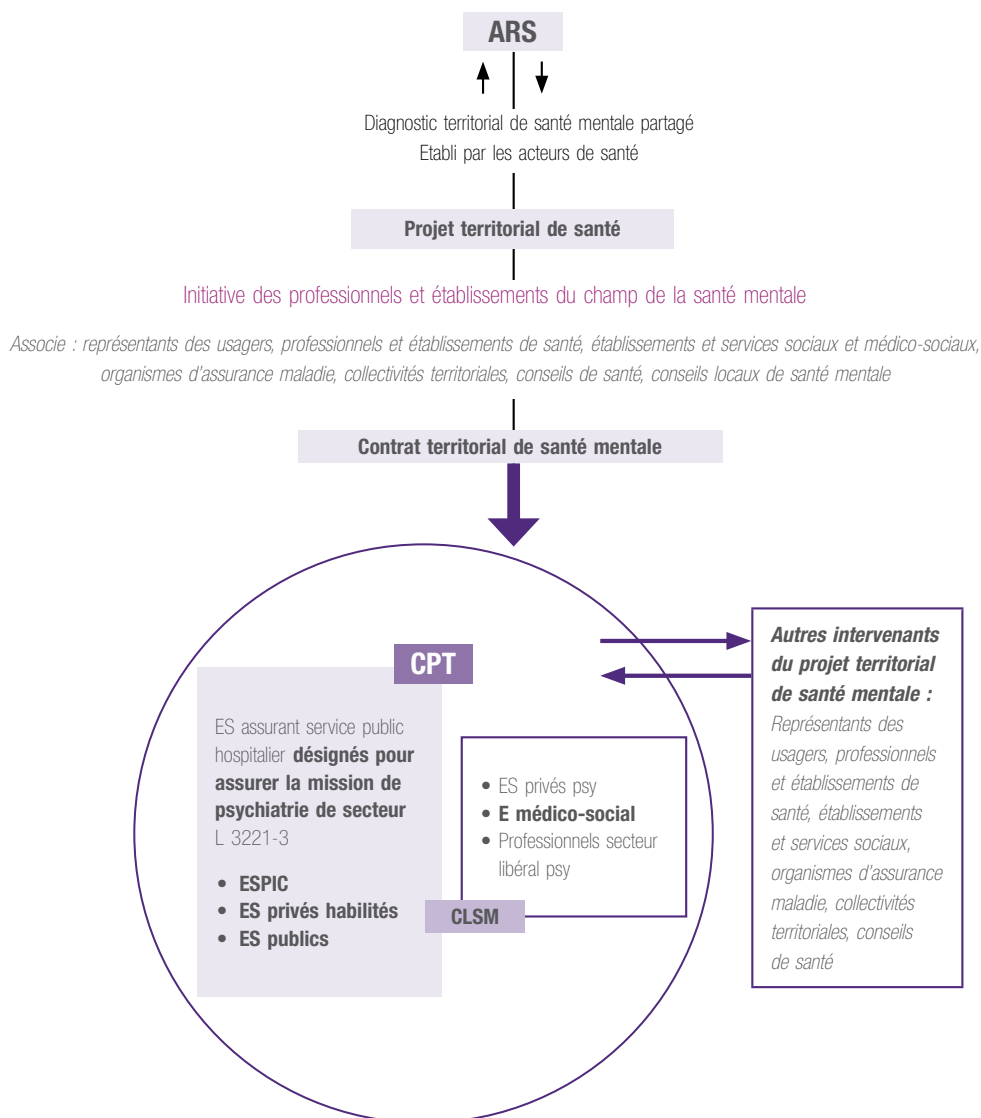
L'Assemblée Générale de la CPT est constituée de l'ensemble des directeurs, des présidents de CME, des

chefs de pôles et services de psychiatrie et des responsables des structures de psychiatrie des établissements publics hospitaliers du territoire de santé mentale, ainsi que des représentants médicaux et administratifs des établissements membres associés.

L'Assemblée Générale de la CPT procède à l'élection d'un bureau et d'un secrétaire général, qui assure le fonctionnement des instances. Le bureau est composé a minima des directeurs d'établissements et des présidents des commissions médicales d'établissement de l'ensemble les établissements publics hospitaliers, parties de la CPT. La répartition et le nombre des sièges au bureau de la CPT sont déterminés par le règlement intérieur de la CPT.

Afin de permettre une juste représentation des établissements partenaires et associés, la convention constitutive peut prévoir une composition élargie du bureau lorsqu'il est traité des activités partagées avec des établissements partenaires.

Le bureau de la CPT assure le suivi de la mise en œuvre du projet psychiatrique territorial de santé mentale. Un rapport annuel dresse le bilan fonctionnel et détaille le financement de chacune des actions.



# Article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé

---

**Alias : [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/article\\_69](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/article_69)**

I.-Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du c du 2° de l'article L. 1431-2, telle qu'elle résulte de l'article 65 de la présente loi, est complétée par les mots : « et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 » ;

2° A la première phrase de l'article L. 3211-2-3, les mots : « n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l'article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « n'assure pas, en application de l'article L. 3222-1, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques au titre des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale » ;

3° A la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-11-1, après le mot : « écrite », sont insérés les mots : « et motivée » ;

4° L'article L. 3212-5 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi rédigé :

« I.-Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du présent chapitre. Il transmet également sans délai à cette commission une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2. » ;

b) Le II est abrogé ;

5° Au dernier alinéa de l'article L. 3212-7, les mots : « au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et » sont supprimés ;

6° L'article L. 3212-8 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « , les procureurs de la République mentionnés au II de l'article L. 3212-5 » sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

7° A la deuxième phrase du II de l'article L. 3214-1, la référence : « II » est remplacée par la référence : « I » ;

8° Au 1° de l'article L. 3215-1, la référence : « du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 ou » est supprimée ;

9° Au 4° de l'article L. 3215-2, la référence : « de l'article L. 3212-7, » est supprimée ;

10° Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie » ;

b) Les articles L. 3221-1 à L. 3221-4 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 3221-1.-La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

« Art. L. 3221-2.-I.-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 à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

« Il tient compte des caractéristiques socio-démographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.

« En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale.

« II.-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 les 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.

« Les diagnostics et les projets territoriaux tiennent compte des projets des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.

« Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier.

« III.-Le projet territorial de santé mentale organise la coordination territoriale de second niveau. Il définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé.

« Il organise les conditions d'accès de la population :

« 1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;

« 2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;

« 3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

« A cet effet, il organise l'accès de la population à un ensemble de dispositifs et de services répondant à des priorités définies par voie réglementaire.

« Il précise les objectifs poursuivis, les évolutions de l'offre de soins et de services et des organisations nécessaires ainsi que les indicateurs de suivi du projet. Il s'appuie

sur la transmission et le partage des savoirs acquis et des bonnes pratiques professionnelles, sur le développement professionnel continu et sur le développement de la recherche clinique.

« Un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

« 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.

« IV.-Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé informe des diagnostics et des projets territoriaux de santé la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et assure leur publication.

« V.-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'agence régionale de santé 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 conseils locaux de santé mentale. Le conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 comprend une commission spécialisée en santé mentale.

« VI.-Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret.

« Art. L. 3221-3.-I.-L'activité de psychiatrie peut être exercée par l'ensemble des établissements de santé, universitaires ou non, indépendamment de leur statut juridique. Au sein de cette activité, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population :

« 1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

« 2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;

« 3° La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

« La mission de psychiatrie de secteur se décline de façon spécifique pour les enfants et les adolescents.

« II.-Les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur participent aux actions menées en matière de prévention, de soins et d'insertion dans le cadre du projet territorial de santé mentale et par les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.

« Art. L. 3221-4.-Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents. Afin que l'ensemble de la région soit couvert, il affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone d'intervention. Sur cette zone, l'établissement s'engage à travailler en partenariat avec les autres acteurs.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé organise également avec ces établissements les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de

précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.

« Chaque établissement détermine, dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents définissant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2, les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents, qu'il décline en territoires de proximité appelés secteurs de psychiatrie. » ;

11° Après l'article L. 3221-4, il est inséré un article L. 3221-4-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 3221-4-1 A.-L'établissement peut conclure avec une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation une convention pour la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique qu'elle définit.

« La convention précise notamment les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements et de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association. Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association. Elle détermine les modalités de contrôle médical de son exécution.

« L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition. » ;

12° A l'article L. 3221-4-1, la référence : « au second alinéa de l'article L. 3221-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 3221-1 » ;

13° Le chapitre II du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Etablissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement » ;

b) L'article L. 3222-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-1.-I.-Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département concerné, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

« II.-La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé ainsi désigné exerce ces missions est définie, en tenant compte des modalités d'organisation en secteurs de psychiatrie mentionnés à l'article L. 3221-4 dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1.

« III.-Les moyens mis en œuvre pour l'exercice de ces missions et les modalités de coordination avec l'activité de psychiatrie de secteur mentionnée à l'article L. 3221-3 sont précisés dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents fixant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2.

« Lorsque l'établissement de santé désigné en application du I du présent article n'est pas chargé de la mission de psychiatrie de secteur dans la même zone géographique, les modalités de coordination font l'objet d'une convention tripartite entre l'établissement de santé désigné en application du même I, l'établissement de santé désigné au titre de l'article L. 3221-4 et le directeur général de l'agence régionale de santé.

« IV.-Dans les établissements n'assurant pas le service public hospitalier, tout patient faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code. » ;

c) L'article L. 3222-1-1 A devient l'article L. 3221-5-1 ;  
14° A la fin du premier alinéa de l'article L. 3311-1, les mots : « , sans préjudice du dispositif prévu à l'article L. 3221-1 » sont supprimés ;

15° A la première phrase des articles L. 3251-2 et L. 3824-2, les mots : « ou, à défaut, par la notoriété publique » sont supprimés ;

16° Le premier alinéa de l'article L. 6143-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. »

II.-Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en œuvre de la politique de santé mentale.



# ISOLEMENT ET CONTENTION

## Analyse du rapport du CGLPL

Michel David, Vice-Président du SPH

---

### Analyse du syndicat des psychiatres des hôpitaux du rapport thématique « isolement et contention dans les établissements de santé mentale » du contrôleur général des lieux de privation de liberté 2016

Outre un rapport annuel, le CGLPL prévoit de publier chaque année une étude sur un thème précis. La première contribution porte sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale. Si le thème correspond bien à la mission du CGLPL, inaugurer ces études par des pratiques qui méritent un débat approfondi, risque de faire accroire à ceux qui ne connaissent pas la psychiatrie que celle-ci se résume à ces pratiques qu'il faudrait considérer comme de dernier recours, alors qu'environ 90 % des patients sont suivis en ambulatoire et que nombre d'entre eux n'ont jamais été hospitalisés.

Cette étude s'inscrit dans les récentes dispositions législatives de la LMSS qui consacre son article 72 à l'iso-

lement et à la contention et obligeant à la tenue d'un registre dans chaque hôpital recensant chaque mesure prise (Tableau 1).

Le travail du CGLPL s'inscrit aussi dans un temps où « l'essence » de l'isolement et de la contention est interrogée : est-elle thérapeutique ou non, bien que dans l'introduction, il est précisé que « *Il n'appartient pas au CGLPL d'apprécier la pertinence thérapeutique du recours aux mesures coercitives que sont l'isolement et la contention. Mais la loi lui a donné mission de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées et soignées sans leur consentement* ». On remarque toutefois que si le CGLPL déclare ne pas vouloir prendre position sur la pertinence

thérapeutique de l'isolement et de la contention, il les considère néanmoins comme des mesures coercitives.

L'étude du CGLP se déploie en 5 chapitres, après avoir auditionné syndicats, associations et professionnels sur ce sujet, dont le SPH, mais sans faire référence aux auditions dans le document, ce qui est regrettable.

Le présent texte se déroulera en deux parties : une présentation du rapport suivie d'une analyse critique. Il sera suivi du document remis au CGLPL à l'occasion de l'audition du SPH par le CGLPL dans le cadre de la préparation du présent rapport analysé. Une bibliographie détaillée complètera l'ensemble.

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

Tableau 1. Code de la santé publique : article L3222-5-1 (article 72 LMSS)

## PRÉSENTATION DU RAPPORT

### Chapitre 1. Des pratiques gravement attentatoires aux droits fondamentaux dont l'efficacité thérapeutique n'est pas prouvée

Après avoir cité, mais exclu de son champ d'études, certaines situations d'isolement ou de contention, comme celle des urgences des hôpitaux, des définitions sont données de l'isolement et de la contention. L'isolement consiste à placer un patient sur « **décision** » d'un médecin ou d'un soignant dans un espace fermé qu'il ne peut pas ouvrir, quelle que soit la qualité de

confort ou de soins. La contention mécanique est la seule étudiée ; la contention médicamenteuse n'est pas envisagée.

Ces mesures apparaissent comme la résultante de l'évolution de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux avec notamment l'abandon progressif de la psychothérapie institutionnelle dans les années

90 et le virage sécuritaire du début du XXI<sup>e</sup> siècle.

Et surtout, isolement et contention ne font pas l'objet d'études sur leur efficacité thérapeutique alors qu'il s'agit de « *pratiques gravement attentatoires aux droits fondamentaux et dont la mise en œuvre pose problème en tant que telle et, en outre, telle qu'elle est pratiquée* ».

### Chapitre 2. Une implication faible et discordante de la communauté hospitalière

Un constat d'abord : la grande majorité des UF visitées ont toutes une, voire deux chambres d'isolement et ont du matériel de contention. Certaines unités comme les UMAP et les USIP sont majoritairement ou exclusivement constituées de telles chambres. Même des SMPR en ont alors que le soin sous contrainte est interdit en prison.

Les isolements résulteraient souvent de décisions qui ne sont pas guidées par l'état clinique du patient et le référentiel ANAES avec ses 23 recommandations n'empêcherait pas les dérives. Les protocoles quand ils existent sont appliqués sans lien avec la clinique notamment pour les personnes détenues avec des professionnels de santé qui « *obéissent parfois à des exigences de la direction de l'hôpital, de l'administration pénitentiaire, voire du préfet* ».

Les règlements intérieurs de certains ES imposent un séjour systématique de certains patients à l'isolement au moment de l'admission. Toutes les UMD agiraient ainsi et de nombreux

patients en attente d'admission en UMD ou en UHSA peuvent être isolés sur de longues durées. Le CGLPL appelle à une grande vigilance envers les UMD et les UHSA envahies parfois par des dérives sécuritaires, d'où une demande d'une évaluation des modalités de fonctionnement des UHSA et des UMD.

Les modalités d'isolement sont hétérogènes, y compris le degré de surveillance qui peut comporter une vidéosurveillance où le regard panoptique ne laisse aucune intimité au patient. Il est en outre impossible de les quantifier. La pratique de la contention est particulièrement préoccupante, avec un usage à bas bruit, dans des unités où les médecins sont peu présents, avec souvent des conditions de transport trop sécurisées.

Les droits des patients sont peu respectés, avec une prise en charge médicale et des soins insuffisants. L'usage du « si besoin » est trop systématique et bien souvent non confirmé par le

médecin a posteriori. Les droits à la sécurité (sonnette d'appel manquante), à l'intimité (caméras thermiques) et à la dignité (pyjama, hygiène) ne sont pas respectés. Le droit de recevoir des visites est souvent bafoué sans explication satisfaisante donnée au patient ou à ses proches. La complexité de la gestion du tabac, qui peut engendrer des mises à l'isolement ou de l'agressivité quand l'isolement impose un sevrage, parfois sans substitut ou « *même de façon paradoxale, une prescription médicale précise le nombre de cigarettes par jour et à certaines heures comme un médicament* ». Le manque d'activités en isolement est également criant.

Par rapport à toutes questions, le CGLP regrette que les comités d'éthiques des établissements, quand il y en a, ne se saisissent pas assez de ces questions. Enfin, le vécu des patients n'est pas assez pris en compte, notamment par des entretiens au décours de l'isolement.

### Chapitre 3. Un désintérêt des professionnels, frein à l'évolution préconisée des pratiques

Ce chapitre étudie la législation comparée de quelques pays, citant notamment l'Islande qui a aboli isolement et contention, mais qui prévoit un soignant par patient... En Allemagne, également, les traitements non consentis sont interdits sauf extrême urgence (p.53).

Pour le CGLP, l'évolution des dispositifs adoptés par la France n'est pas pleinement satisfaisante au regard du respect des droits de l'homme. Des lois de 1838, à 1990 et 2011, en passant par les recommandations non contraignantes de 1998 de l'ANAES, le CGLPL en arrive à la LMSS et fait remarquer « *qu'en qualifiant de décision et non de prescription les mesures d'isolement et de contention, ces dispositions changent singulièrement leur statut médical et juridique : elles ne bénéficient plus du caractère présumé soignant qui s'attache à une prescription médicale. Jusqu'alors la jurisprudence administrative n'a eu l'occasion de statuer que sur la question de la réparation due à un patient du fait des conditions de placement en chambre d'isolement. Désormais*

*il est possible de penser que toute décision d'isolement ou de contention sera susceptible d'un recours devant le juge administratif* ».

L'absence de réflexion collective des professionnels a empêché l'élaboration de normes, ce qui a laissé une large place à l'arbitraire médical dans un contexte sécuritaire. Ce passage est très intéressant, mais il exprime une **forme de retournement de la responsabilité médicale dans l'adhésion au contexte sécuritaire**. La problématique de la dangerosité déclinée tout au long de la décennie 2000 avec son acmé avec la loi de rétention de sûreté où la psychiatrie est particulièrement impliquée (p.81). Il est dommage que la circulaire de 2009 sur la sécurisation des ESM avec 10 M€ pour les CI n'est pas citée.

La pression des équipes soignantes est également évoquée ainsi que le rôle de certains chefs de service qui ont interdit la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle. Un défaut de réunion de synthèse et d'élaboration collective est également dénoncé.

La profession n'aurait pas de conception partagée sur la liberté des patients et le désintérêt pour l'évaluation des pratiques de contraintes est surprenant au regard de leur incidence en termes de gestion des ressources humaines.

La faible implication des autorités sanitaires est dénoncée. Ces pratiques ne sont pas institutionnellement étudiées dans leur environnement et leurs effets professionnels, alors que quand l'étude est faite, les résultats sont intéressants et à ce propos est citée une étude faite en 2008 par la Fédération régionale Nord-Pas-de-Calais (p. 97).

Pour le CGLPL, l'absence quasi générale d'implication des autorités des établissements de santé pour minimiser ces mesures coercitives laisse perplexe, d'autant plus que le coût en termes de ressources humaines n'est pas neutre.

Sur le désintérêt supposé des professionnels sur ces sujets, rappelons qu'il est paradoxal de constater que tous ceux qui ont été auditionnés et fournis des contributions dans le cadre de la préparation de ce rapport ne sont pas cités, contrairement aux usages.

### Chapitre 4. Restreindre le recours à la contrainte physique à des circonstances strictement énumérées

Le CGLPL débute ce chapitre en rappelant ne pouvoir apprécier la pertinence thérapeutique du recours à la contrainte physique, que son efficacité thérapeutique n'est pas prouvée tout en apportant une précision sélective sur « *des issues parfois favorables dans le traitement des anorexies sévères* » et affirme un principe devant présider à toute réflexion sur cette question « *qu'aucune personne souffrant de troubles mentaux ne devrait*

*être soumise à l'isolement ou à la contention, à raison de ses troubles du comportement* ».

Pourtant, l'ANAES en 1998 considérait dans les indications cliniques que la prévention d'une violence imminente qu'elle soit dirigée sur le patient lui-même ou sur autrui était une indication. Des troubles du comportement sont possibles en dehors de toute pathologie mentale, mais les troubles du comportement font partie

des symptômes d'une personne qui souffre d'une maladie mentale. Une telle affirmation est symptomatique d'une approche problématique et peu clinique de ces questions.

Mais comme la réalité est têtue, le CGLPL a bien conscience qu'il ne s'agit pas de tenir uniquement des affirmations de principe pour que ces pratiques de dernier recours connaissent une diminution considérable. Il faut envisager plusieurs actions.

Il n'y a qu'à :

- ◆ Développer l'efficacité de la prévention par le renforcement des capacités à gérer les situations de débordement et la mise en place de stratégies de « désescalade », en recourant à la « contention relationnelle » par la présence et la parole de soignants, trouver des aménagements architecturaux à l'isolement ou des sorties au grand air ;
- ◆ Soutenir les équipes soignantes, réviser régulièrement les pratiques professionnelles ;
- ◆ Prendre des mesures préventives, en s'efforçant d'analyser les circonstances ayant présumé à l'isolement, en évitant les mesures anxiogènes (rationnement excessif du tabac, limitation de l'accès à une cour ou à la chambre personnelle), en proscrivant les situations humiliantes (port systématique du pyjama, manque d'intimité), en analysant les difficultés des personnels ;
- ◆ Évaluer qualitativement et quantitativement ces mesures d'où l'utilité du registre ;
- ◆ Diffuser les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, notamment celles que la HAS diffusera une fois son travail en cours effectué<sup>1</sup>, mais être attentif à ce que des protocoles formellement irréprochables n'évident pas une réaction soignante adaptée à chaque situation, toujours unique et « une perte de sens » ;
- ◆ Organiser un contrôle extérieur en ajoutant à ceux déjà prévus (CDSP, procureur), d'autres comme les associations d'usagers.

## Chapitre 5 : recommandations

Les recommandations portent sur plusieurs points.

### 1. Principes

- ◆ Toute privation de liberté est attentatoire aux droits fondamentaux ;
- ◆ L'isolement dans la chambre du patient doit être proscrit du fait d'un risque de banalisation ;
- ◆ Port du pyjama non systématique, mais justifié cliniquement ;
- ◆ Mettre fin à l'isolement systématique des personnes détenues lors de l'admission.

### 2. Traçabilité

- ◆ Mise en place du registre ;
- ◆ Argumentation documentée dans le dossier du patient des motifs d'isolement ou de contention ;
- ◆ Construire un système d'information cohérent et intégré pour colliger les données au niveau national.

### 3. Droits

- ◆ Information de la personne concernée ;
- ◆ Le patient doit être invité systématiquement à donner le nom de la personne à prévenir ou à ne pas prévenir de la mesure prise ;
- ◆ Les modalités de recours doivent être précisées et affichées dans la chambre d'isolement et communiquées aux personnes à prévenir.

### 4. Forme de la décision médicale

- ◆ La décision médicale est prise uniquement après un examen par un psychiatre et prenant en compte l'avis de l'équipe ;
- ◆ La décision doit être motivée pour justifier du caractère nécessaire, adapté et proportionné de la mesure ;
- ◆ La décision doit indiquer ce qui a été « vainement » tenté avant de recourir à la mesure ;
- ◆ Dès la prise de mesure, recherche immédiate de solutions pour en abrégier la durée ;
- ◆ Aucune mesure ne doit être anticipée selon la modalité du « si besoin » ;
- ◆ Analyse bénéfices/risques dans le dossier du patient.

### 5. Suivi et la surveillance

- ◆ Durée la plus courte possible : maximum sans renouvellement de 24h pour l'isolement et de 12h pour la contention ;
- ◆ Examen somatique obligatoire dans la première heure ;
- ◆ Garantir une présence soignante pour satisfaire les demandes des patients ;
- ◆ Examen médical biquotidien ;
- ◆ Interruption isolement ou contention par des sorties ;
- ◆ Entretien de fin de mesure pour évaluer le vécu de la mesure et les moyens d'en éviter le renouvellement.

<sup>1</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2055362/fr/place-de-la-contention-et-de-la-chambre-d-isolement-en-psychiatrie-note-de-cadrage](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/place-de-la-contention-et-de-la-chambre-d-isolement-en-psychiatrie-note-de-cadrage)

## 6. Évaluation

- ◆ Pour évaluer la limitation du recours aux mesures, les autorités sanitaires doivent disposer d'outils de pilotage et de suivi ;
- ◆ Au niveau national, une instance doit pouvoir recenser les mesures ;
- ◆ Au niveau régional, les mesures doivent être un critère des CPOM établis entre l'ARS et les établissements de santé ;
- ◆ Les ARS destinataires des rapports annuels des hôpitaux doivent le diffuser aux autorités judiciaires et à la CDSP ;
- ◆ Implication des CME dans la politique en la matière ;
- ◆ Toute contention doit être déclarée comme un événement indésirable ;
- ◆ Travail institutionnel nécessaire pour évaluer les enjeux des mesures.

## 7. Information

- ◆ Président et procureur du TGI doivent être destinataires d'une liste mensuelle des mesures prises ;
- ◆ Idem pour la CDSP et à la commission des usagers (CDU).

## 8. Conditions matérielles

- ◆ Architecture adaptée des CI ;
- ◆ Interdire la vidéosurveillance ;
- ◆ Dispositif d'appel dans toutes les CI ;
- ◆ Permettre les visites dans des conditions respectueuses ;
- ◆ Lit habituel maintenu d'une personne en CI ;
- ◆ Services de sécurité/incendie informés en temps réels des placements en CI.

## 9. Études et formation

- ◆ Développer la recherche médicale et soignante afin de réduire les mesures d'isolement et de contention ;
- ◆ Renforcer la formation des médecins et des soignants sur la violence et les droits fondamentaux des patients ;
- ◆ Diffuser largement les recommandations de la HAS à venir sur le sujet ;
- ◆ Créer un 3<sup>e</sup> cycle en soins pour permettre aux infirmiers de développer une expertise clinique reconnue.

## 10. Prévention

- ◆ Développement des activités thérapeutiques et occupationnelles pour réduire l'ennui et les tensions ;
- ◆ Règles de vie des unités diffusées aux patients afin d'éviter les situations arbitraires susceptibles de créer des situations à risque ;
- ◆ Garantir une présence soignante adaptée aux spécificités des unités.

## COMMENTAIRES

Il serait fastidieux, et plutôt inutile, voire « **non nécessaire, non adapté et non proportionné** », de faire un commentaire détaillé point par point de ce rapport, dont on doit néanmoins regretter la méthodologie peu contradictoire. Ainsi, le rapport indique que les professionnels se désintéressent de la question ? Pourtant, pour élaborer ce travail, le CGLPL a procédé à de nombreuses auditions. Il aurait été convenable, au moins de citer les syndicats, associations, professionnels entendus,

au mieux de citer leur positionnement. Il aurait été aussi intéressant de voir figurer une bibliographie juridique et scientifique sur ce sujet. À défaut, ce travail peut ne paraître que le résultat d'impressions et non la résultante d'une recherche approfondie. Il est paradoxal d'exiger un large devoir d'information, de transparence bienvenue, de démarche contradictoire et de ne pas en montrer l'exemple, surtout de la part d'une autorité aussi importante.

Il convient toutefois d'insister sur les points suivants :

1. Le fond du problème, à partir duquel toute la discussion doit découler est le suivant : isolement et contention, deux mesures malheureusement trop facilement réunies dans une analyse assez peu différenciée sont-elles ou non **un soin, une mesure thérapeutique** ? Le législateur et le CGLPL semblent ne pas les considérer

ainsi. Des publications pourtant en font état, même si des approfondissements sont et seront toujours nécessaires. La question de l'efficacité thérapeutique en psychiatrie est de toute manière une question complexe<sup>2</sup>.

2. Si ces deux mesures ne sont pas thérapeutiques, comment continuer à accepter que les médecins les « décident » ou les « prescrivent » ?
3. Le bouleversement, aux conséquences inimaginables sur les pratiques médicales « décidées » ou votées par les parlementaires, que représente le terme « *décision* » plutôt que « *prescription* » (Tableau 2) après hésitation entre plusieurs versions durant la navette parlementaire et un positionnement « Ponce-Pilate » de la ministre de la Santé (Tableau 3).
4. Le focus exercé sur une pratique marginale de la psychiatrie, mais à prendre avec toute la gravité et le sérieux que représente la privation de liberté, et qui risque de faire oublier que la majorité des soins en psychiatrie (environ 90 %) se fait en ambulatoire, sans hospitalisation et donc sans mesure de contention ou d'isolement.
5. L'ambivalence de la société qui s'intéresse principalement à son confort sécuritaire (cf. circulaire du 22 janvier 2009 pour la sécurisation des hôpitaux psychiatriques, leur attribuant 30 M€ pour les sécuriser, dont 10 M€ pour des chambres d'isolement et prévoyant un ratio de 2,6 CI pour 100 lits) et qui demande, sous la forme d'une injonction paradoxale aux psychiatres d'exercer une mesure coercitive, de « contrôle », à la limite de la légalité.

Au rapport thématique du CGLPL, il faut ajouter la prise de position de la Conférence nationale des présidents de CME de CHS du 18 mai 2016 (cf. Annexe). Après avoir justement insisté sur le fait que l'isolement et la contention ne sont pas des pratiques anodines, la Conférence énonce douze principes. On retiendra essentiellement que la Conférence s'aligne largement sur les recommandations du CGLPL et s'approprie le terme de décision, sans discuter le caractère soignant ou non de la « mesure ». La référence à une prescription se retrouve uniquement quand la décision individualisée est assortie d'une prescription médicamenteuse (principe 5). Cette distinction n'est pas sans conséquence d'un point de vue très pratique, selon l'organisation du dossier du patient, notamment quand il est informatisé, ce qui est souvent le cas maintenant. L'isolement et la contention peuvent y faire l'objet d'une prescription qui s'ajoute aux autres prescriptions (médicaments, activités thérapeutiques, etc.). La décision d'isolement ou de contention s'inscrira-t-elle alors dans une autre rubrique ?

De bonnes intentions se retrouvent dans d'autres principes, mais seront-elles aisément réalisables. L'examen médical somatique dans les deux heures (principe 6) sera probablement difficile à réaliser dans de nombreux hôpitaux, alors que le recrutement de somaticien est souvent une gageure, d'où souvent des critiques sur la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie. L'examen somatique obligatoire dans les 24h pour tout patient hospitalisé sans son consentement est déjà aussi une difficulté fréquente.

Que dire aussi des espaces dédiés à l'architecture adéquate (principe 8) ? Les personnels soignants seraient-ils aussi insensibles à la qualité des locaux ? Ne demandent-ils pas souvent des travaux, mais les budgets, les appels d'offres, la lenteur « réglementaire » des évolutions hospitalières ne sont-ils pas des mesures administratives opposables aux demandes réitérées des soignants (sans parler des effectifs, des moyens pour les activités thérapeutiques ou les limitations apportées dans la logique de précaution, comme les repas thérapeutiques, etc.) ?

En somme, les recommandations du CGLPL et de la Conférence représentent sur bien de points un idéal qui tranche avec la réalité quotidienne. Avec les recommandations à venir de la Haute autorité de santé, qui travaillent aussi sans les représentants des professionnels), les moyens nécessaires pour faire évoluer les pratiques professionnelles seront-ils opposables aux autorités (ministères, ARS) sommées alors d'attribuer les moyens nécessaires aux hôpitaux ?

Quelles conclusions formuler ?

La psychiatrie fait l'objet d'un intérêt législatif pour en préciser ses modalités thérapeutiques. Faut-il y voir une préoccupation particulière de l'exécutif et du législatif ?

Mais surtout une préoccupation paradoxale ?

Au début du quinquennat se posait la question d'une loi spécifique pour la psychiatrie que demandaient ardemment les psychiatres ? Cette demande paraissait n'être que la marque de la présumée prétention narcissique de la psychiatrie, le souci de se distinguer et n'a pas été suivie.

<sup>2</sup> En 2005, le rapport de l'INSERM sur l'efficacité des psychothérapies avait été l'objet de vives polémiques : [http://www.lemonde.fr/vous/article/2005/03/08/psychotherapies-le-defi-de-l-evaluation\\_400827\\_3238.html](http://www.lemonde.fr/vous/article/2005/03/08/psychotherapies-le-defi-de-l-evaluation_400827_3238.html)

Pourtant le contexte s'y prêtait : la loi du 5 juillet 2011 avait déjà permis de constater la spécificité de la psychiatrie, avec l'introduction primordiale enfin d'un contrôle juridictionnel, et qui peut se résumer en un seul point essentiel : la psychiatrie contribue à la privation de liberté pour raison thérapeutique de personnes souffrant de troubles mentaux, pathologie de la liberté comme le disait Henri Ey.

Or depuis des années, les Pouvoirs publics, quelle que soit leur orientation politique, dénie à la psychiatrie sa spécificité, comme le montre notamment :

- ◆ La disparition de l'internat spécifique de psychiatrie ;
- ◆ La disparition de la formation spécifique des infirmiers en psychiatrie ;
- ◆ La politique de psychiatrie alignée sur celle de la MCO dans les mêmes outils de pilotage public (SROS) ;
- ◆ L'évaluation des hôpitaux avec des référentiels communs avec la MCO et parfois non adaptés (accréditation puis certification des établissements de santé) ;
- ◆ Refus d'une loi de santé spécifique à la psychiatrie prenant en compte les soins sans consentement et la privation de liberté qu'ils impliquent ;

- ◆ Refus d'envisager une évolution législative qui conduirait à « prescrire » des soins sans consentement uniquement par nécessité thérapeutique et non pour assurer l'ordre public et la sûreté des personnes qui est une mission de police et non soignante (pourtant une revendication du SPH de longue date), sans oublier le rôle sécuritaire que devrait assumer la psychiatrie en milieu pénitentiaire au détriment de sa fonction exclusivement soignante ;

- ◆ Refus récent avec la LMSS de prendre en considération les spécificités de la psychiatrie (insistons, sur la privation de liberté) dans l'organisation hospitalière à venir avec les groupements hospitaliers de territoire ;

- ◆ Pas de soutien face aux campagnes de dénigrement, notamment autour de l'autisme et du packing, autre illustration d'une pratique de contention, très efficace notamment dans les situations gravissimes avec automutilations graves ;

- ◆ Etc.

Finalement, l'article 72 de la LMSS et le rapport du CGLPL ne sont pas que le reflet de dysfonctionnements de la psychiatrie (qu'il ne convient pas de nier), mais illustre surtout la faillite des pouvoirs publics qui, ne comprenant rien à la psy-

chiatrie, en ignorant tout, se complaisent à se donner bonne conscience en imposant des pratiques professionnelles. Ils ne se soucient guère des moyens pour les mettre en œuvre, en laissant aux professionnels le soin de gérer des situations cliniques extrêmement complexes et difficiles, qui concernent des patients bien souvent rejetés de « partout » et ne trouvent en psychiatrie qu'un accueil de dernier recours. L'exemple du registre est une bonne illustration de l'absence de soutien des pouvoirs publics pour le mettre en œuvre. Un décret en Conseil d'État, initialement prévu dans les premières versions du projet de la LMSS, aurait permis aux établissements de santé, avec le soutien de leur ministère, de mettre en œuvre le registre, en respectant le rythme institutionnel des établissements de santé pour opérer ce changement important, en ayant le temps de mettre au point les outils pour le rendre opérationnel (avec un délai raisonnable, par exemple au 1<sup>er</sup> janvier 2017) de la manière la plus efficace, en optimisant les moyens, afin d'éviter une démarche bureaucratique de plus, alors qu'est souvent dénoncé le temps passé par les équipes soignantes devant leur ordinateur, pour satisfaire aux exigences de la traçabilité, au détriment du temps relationnel.

Le dernier recours pour de nombreux patients n'est donc pas celui que l'on croit.

1. Le projet de loi présenté par le gouvernement le 15 octobre 2014 ne comporte aucun article relatif à l'isolement et à la contention.
2. Le projet de loi adopté en 1<sup>ère</sup> lecture par l'Assemblée nationale le 15 avril 2015 introduit l'article 13 quater, première mouture relative à l'isolement et à la contention. Il est fait état d'un « **placement** » en chambre d'isolement sur « **décision** » d'un psychiatre. Les modalités de mise en œuvre des mesures devaient faire l'objet d'un décret en Conseil d'État.
3. Le projet de loi adopté en 1<sup>ère</sup> lecture par le Sénat transforme le terme de « **placement** » en celui « **d'admission** » et remplace « **décision** » par « **prescription** ». Pour la mise en œuvre des mesures, le décret en Conseil d'État est toujours prévu.
4. Le projet de loi adopté en 2<sup>e</sup> lecture par l'Assemblée nationale le 1<sup>er</sup> décembre 2015 et qui sera la version définitive supprime habilement dans le premier alinéa de l'article la notion d'admission ou de placement et opte de nouveau pour le choix de la « **décision** » du psychiatre. Il est toutefois fait état des pratiques d'admission pour l'établissement du rapport annuel. Le décret en Conseil d'État a disparu.

Les parlementaires ont hésité entre deux couples de termes : placement vs admission et décision vs prescription. Ces choix qui auraient mérité une élaboration approfondie ne seront pas sans répercussions, difficiles à prévoir, sur les pratiques cliniques et les analyses juridiques. Les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 ont déjà bien alimenté la glose juridique, conduisant à des situations complexes, mettant à mal les soignants et les patients qui y sont confrontés. Il en est ainsi des incertitudes relatives par exemple au programme de soin : que faire en cas de non-respect des mesures du programme de soins ? Comment « réintègre-t-on » (quelle vilaine expression d'ailleurs) un patient ?

Certes, une prescription est secondaire à une décision, mais une décision peut n'être qu'administrative d'où le « couplage » avec ceux de placement et d'admission, mesures plus administratives que médicales.

Comme le souligne le CGLPL, « décision » ne comporte pas « le caractère présumé soignant » d'une prescription. Formule d'ailleurs assez étrange, car même une prescription médicale n'aurait finalement qu'un caractère présumé soignant. Mais que fait-on dans les hôpitaux, si ce n'est soigner ?

## Tableau 2. Brève histoire de la décision et de la prescription dans l'élaboration de la LMSS

**M. Stéphane Claireaux.** Le nouvel article 13 *quater* introduit par la commission des affaires sociales vise à limiter au maximum les contentions et à assurer l'évaluation ou la réévaluation des pratiques en permettant leur traçabilité. Bien évidemment, les radicaux de gauche soutiennent avec force ce dispositif qui permettra de faire preuve d'une plus grande humanité dans la prise en charge des patients souffrant d'une affection psychiatrique, tout en favorisant l'élaboration de bonnes pratiques. Toutefois, le terme de « prescription » semble plus adapté que celui de « décision », qui renvoie à une perception trop juridique ou institutionnelle du sujet, alors qu'il doit s'agir d'une évaluation du rapport bénéfices/risques à caractère médical, comme le prévoit une recommandation de la Haute Autorité de santé. Tel est l'objet du présent amendement.

...

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Il s'agit d'une question sémantique que, pour être honnête, je ne me sens pas à même de trancher, monsieur le député ! Vous proposez de remplacer le mot « décision » par le mot « prescription ». Il est vrai que le premier figure dans la littérature internationale, alors qu'en France on utilise plutôt le mot de « prescription ». Cependant la référence aux recommandations de la Haute Autorité de santé n'est pas de niveau législatif. Faut-il que, dans le cadre de l'examen de ce projet de loi, nous tranchions une question qui relève en réalité d'une décision de la Haute Autorité de santé et des pratiques médicales ? Je n'en suis pas certaine. Je vous demanderai par conséquent de retirer votre amendement ; à défaut, je m'en remettrai à l'avis de la commission. Il me semble en effet difficile d'avoir une opinion tranchée sur la question en termes politiques.

## Tableau 3. Avis de la ministre de la Santé sur décision ou prescription. Assemblée nationale, 8 avril 2015

Pour le SPH,

**Michel DAVID**

Vice-président du SPH

Juin 2016



# Audition du SPH par le CGLPL autour de l'isolement et de la contention en psychiatrie

Mercredi 20 janvier 2016

## Michel David, Vice-Président du SPH

---

Le SPH et la SIP travaillent actuellement sur ce sujet délicat abordé par chacune de nos organisations de manière conjointe sur deux volets : sur l'organisation de la psychiatrie pour le SPH et sur le plan scientifique par la SIP. Aussi, je ne peux pas vous apporter aujourd'hui le résultat d'une réflexion finalisée. Toutefois, il est probable que ce travail ne pourra donner lieu ni à une « pensée unique » ni à un consensus. Le sujet divise. Sa complexité se diffracte à l'infini, reflétant la nécessité de contextualiser son approche et de la laisser ouverte, sans pour autant se complaire dans un flou permettant toutes les dérives.

Notre travail étant en cours et la demi-heure qui m'est impartie ne me permettent essentiellement que d'approcher le sujet sous l'angle de l'actualité de la loi de modernisation de notre système de santé. Son élaboration suit, pour la psychiatrie, l'importante mission menée par le député Denys Robiliard, intitulée : « *Santé mentale et avenir de la psychiatrie* ». Au cours des auditions et lors des débats parlementaires, sans oublier les travaux et recommandations de votre Institution, il a été fait état de l'isolement, de la contention et de l'obligation de tenir un registre pour en tracer les « décisions » ou les « prescriptions ». Une hésitation des parlementaires autour du choix de

ces deux termes, le premier ayant été finalement retenu, reflète l'ambiguïté autour des « concepts » d'isolement et de contention. Sont-ils des soins ? Ou des décisions ? Certes, une décision précède une prescription, mais « décision » sous-entend une connotation administrative, comme celle du préfet dans les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE). Cette question est partagée de manière différente par les psychiatres, avec aussi une approche nuancée selon qu'il s'agit de l'isolement ou la contention qu'il convient d'étudier selon plusieurs registres, comme y procèdent actuellement le SPH et la SIP.

## Rappel historique

Bien que le fait soit connu, il convient de le rappeler rapidement. La psychiatrie naissante dans les toutes dernières années du XVIII<sup>e</sup> siècle et le début du XIX<sup>e</sup> s'est constituée autour d'un double mouvement : s'isoler et isoler les patients dans les asiles, tout en les libérant de la contention par des chaînes.

Par la suite et jusqu'à maintenant, selon des modalités variant selon les lieux, les époques, les professionnels, isolement et contention ont perduré avec des modifications sensibles au cours de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

L'isolement des malades mentaux dans les asiles pendant la Seconde Guerre mondiale et leur dépérissement massif a conduit à la politique de secteur avec l'objectif de permettre au maximum de patients de vivre en dehors de l'hôpital, ce qui est réalisé puisque près de 90 % de l'ensemble de la file active de la psychiatrie consiste en un suivi ambulatoire. Parallèlement, les progrès apportés par les neuroleptiques et la psychothérapie institutionnelle permettaient d'espérer de grandes avancées thérapeutiques.

Des évolutions institutionnelles ont permis aussi que la Psychiatrie perde de son « isolement », voulu par les

fondateurs en ayant eu une évolution séparée du reste de la médecine. Des secteurs de psychiatrie se sont rattachés à l'hôpital général, les SROS sont devenus communs, la formation spécifique des infirmiers en psychiatrie a été supprimée, ainsi que l'internat des hôpitaux psychiatriques. Les Pouvoirs publics impulsent cette démarche de désépécification de la psychiatrie et la question posée actuellement par les GHT poursuit cette évolution. La psychiatrie pourrait ne plus être une discipline, mais uniquement une spécialité médicale. Cette évolution n'est pas anodine pour le sujet qui nous concerne et qu'il convient de définir brièvement.

## Isolement(s) et contention(s) : définitions succinctes

En préambule, il convient d'insister sur le fait que la littérature sur le sujet considère que l'isolement et la contention sont des actes, des mesures thérapeutiques, même s'il n'est pas question d'éluider le fait que leur usage soignant peut être dévoyé.

### 1. Isolement(s)

Comme on l'a vu, l'isolement peut être une notion très générale. Avec les asiles, il s'agissait de soustraire la personne malade à son environnement qui pouvait être considéré comme perturbant la guérison.

Au sein de l'isolement global de l'asile, des isolements plus spécifiques pouvaient être proposés : par catégories de malades : les agités, les calmes, les gâteux, les épileptiques dans des pa-

villons spécifiques, etc. pour reprendre les terminologies de l'époque ; mais évidemment de manière encore plus restreinte avec l'isolement cellulaire.

Actuellement, cette dernière occurrence est celle qui fait l'objet de débats, mais également l'isolement dans des unités fermées entravant la liberté d'aller et venir.

### 2. Contention(s)

Si parmi les images d'Épinal de la psychiatrie, celle de Philippe Pinel libérant les aliénés de leurs chaînes est bien connue, celle de la camisole de force l'est davantage avec toute la charge émotionnelle qui peut s'y rattacher.

Comme pour l'isolement, il est possible de définir plusieurs sortes de conten-

tion que je me bornerai à citer, tout en pouvant y revenir si vous le souhaitez au cours de la discussion, en m'appuyant sur les différentes modalités de contention présentée en 2000 dans le rapport du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française consacré à l'isolement, la contention et la contrainte en psychiatrie.

On distingue ainsi :

- » Les contentions physiques.
- » Les contentions chimiques.
- » Les contentions psychologiques, dont le « cadre thérapeutique » est une modalité.
- » Les contentions légales, et notamment certaines qui sont ambiguës, comme le programme de soin.
- » Les packs.

## Isolement(s) et contention(s) : Un soin ?

À l'issue des travaux du SPH et de la SIP en cours, il sera probablement impossible de départager ceux qui pensent que l'isolement, mais surtout la contention n'est pas un soin. Pourtant, la littérature, qu'elle soit ancienne ou récente, argumente ces deux mesures comme un soin, comme s'inscrivant dans une démarche thérapeutique.

Dans nos travaux, il sera possible de développer et citer ces positionnements que je ne peux ici qu'évoquer. Évidemment, dans le monde contemporain empreint de technicité, ces mesures semblent archaïques et dépassées. Pourtant, et on le verra en conclusion, leur utilisation et surtout la critique, quelque peu hypocrite, que notre société y porte actuellement, peuvent amener

des considérations allant à l'encontre d'un scientisme triomphant.

Les doutes sur le bienfondé de ces outils se sont cristallisés dans le choix de la rédaction de la loi de santé qui a hésité entre « décision » et « prescription ». Les débats parlementaires sur ce sujet ont été trop superficiels, comme on pouvait s'y attendre à propos d'une loi généraliste sur la Santé, alors qu'il aurait fallu une loi spécifique sur la psychiatrie comme l'ont largement demandé les organisations professionnelles. Si les droits de l'usager, du patient, du citoyen sont une réelle préoccupation, et non un affichage bien-pensant ; si la privation de liberté pour motifs thérapeutiques

psychiatriques est un souci majeur dans une société démocratique, il conviendrait de se donner les moyens d'un débat qui ne se résume pas à une modification de terminologie à la dernière minute sous la pression de quelques groupes, quelles que soient les louables intentions qui les animent.

La question du choix sémantique décision vs prescription a déjà été abordée. Pour faire simple, prescription, terme très médical, indique sans ambiguïté un soin, tandis que décision, terme très générique et souvent administratif, omet complètement la notion de soin.

Cette nuance, outre les principes qu'elle sous-tend, peut avoir des répercussions non négligeables sur

les dispositions pratiques, très opérationnelles et concrètes sur la tenue d'un registre. Les mesures d'isolement ou de contention peuvent faire l'objet dans les dossiers médicaux, le plus souvent informatisés, de prescriptions à l'instar d'autres mesures de soins comme les chimiothérapies, les ateliers thérapeutiques, etc. Sans pouvoir détailler ici les problèmes pratiques qui peuvent apparaître ici ou là en fonction de l'état de l'information médicale des hôpitaux, très variable d'un établissement à l'autre, il faut s'attendre, même pour ceux favorables à la traçabilité de ces prescriptions, à des difficultés d'organisation pratique pour mettre en place le registre.

Pour revenir à la question de l'isolement ou de la contention comme un soin ou non, il faut noter que la formulation de la loi faisant de ces mesures des pratiques de dernier recours ne fait pas l'unanimité, ni qu'il ne peut y être procédé **que** pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. Des prescriptions d'isolement peuvent survenir dans des contextes moins aigus.

Enfin dernière interrogation sur ce sujet : est-on admis dans un hôpital (décision administrative) pour autre chose que pour s'y faire soigner ? La psychiatrie serait-elle clivée en deux composantes : une partie soignante

et une autre non soignante, participant au contrôle social. Celle-là n'est pas impossible et l'on sait comment notre société se montre très demandeuse de sécurité. On retrouve la question éternellement débattue de la psychiatrie suspecte alternativement d'internement ou d'externement arbitraires.

« Art. L. 3222-5-1. — L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur **décision** d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

« Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »

## Article 72. Loi de modernisation de notre système de santé

### Indications et contre-indications

L'existence d'indications ou de contre-indications implique nécessairement une pathologie mentale diagnostiquée médicalement. Même si, comme on le verra ci-dessous, il s'agit de maîtriser une agitation importante, celle-ci est en relation inévitable avec un trouble mental. Il ne s'agit pas de maîtriser des états d'agitation qui peuvent survenir en l'absence de maladie mentale.

Si l'on parle de soins, il existe évidemment des indications et des contre-indications, avec comme tout soin le volet « bénéfiques/risques ». Les travaux en cours du SPH et la SIP sur ce sujet ne permettent pas de présenter ici leurs positions, aussi je m'appuierai de nouveau sur le rapport du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, sans qu'il reflète la pensée

du SPH et de la SIP, et qui relève trois indications principales :

- » La maîtrise de l'agitation sévère et de la violence.
- » Isolement et contention sont considérés comme des outils intégrés à un programme de thérapie comportementale.
- » Mesures prophylactiques d'intervention afin de prévenir une crise d'agitation.

Les contre-indications seraient surtout d'ordre somatique, mais les auteurs signalent que ces mesures ne peuvent en aucun cas être utilisées pour des motifs punitifs. Devoir donner cette précision indique qu'on ne peut malheureusement exclure qu'elles puissent être utilisées de manière pervertie.

Rapidement, pour compléter les contre-indications, on pourra y retrouver des

motifs qui s'appuient sur des caractéristiques inhérentes à la personne (claustrophobie, expériences prolongées d'isolement pas forcément psychiatriques, de séquestration, etc.) qui peuvent rendre ces mesures particulièrement angoissantes. Sur ce point, les études, et il en existe d'anciennes, qui se préoccupent d'évaluer le vécu des patients qui ont été isolés ou contentonnés, permettent d'avoir une vision plus complète et moins dogmatique de ces questions.

Toutes les questions d'indications et de contre-indications d'isolement et de contention en relation avec un trouble mental restent, comme tous les autres domaines de la médecine, ouvertes à un perpétuel champ de recherche clinique et de questionnement éthique auquel SPH et SIP sont prêts, notamment si ces deux organisations sont mandatées pour les mener.

## Isolement et contention en pédopsychiatrie

Le temps manque ici pour évoquer ces questions chez l'enfant et l'adolescent, bien qu'il a été fait allusion en citant le congrès de neurologie et de langue française, relativement au « Pack ». L'audition spécifique d'un pédopsychiatre pourrait aussi éclairer vos réflexions.

## Considérations diverses

Le temps manque aussi pour parler d'un point important : le recours « punitif » à l'isolement et à la contention. Dans le rapport du CGLPL de 2012, vous en faites notamment explicitement état en notant que le personnel soignant considérait que la chambre d'isolement faisait fonction de cellule de punition (pp 119-120). Il ne convient pas de fuir la discussion sur ce sujet. Évidemment, ces pratiques sont à bannir, mais il ne

suffit pas de déclarer de bonnes intentions dans une habile langue de bois et en se parant d'intentions louables, il convient d'aborder ce sujet avec la considération nécessaire, mais évidemment guère possible ici. De longs développements s'imposeraient.

La situation des personnes détenues mériterait aussi un développement, puisque ce sont justement les condi-

tions d'hospitalisation le plus souvent déplorables, pratiquement exclusivement en isolement qui ont conduit à la création des UHSA. Mais qu'en est-il dans les UHSA ? Ce point devrait faire partie de l'évaluation des UHSA avant le lancement de la deuxième tranche, demandée par les professionnels, promise par les pouvoirs publics, mais que l'on ne voit pas venir.

## Comment éviter l'isolement et la contention ?

Des psychiatres britanniques d'une unité de soins aigus où sont admis des malades pouvant être très violents n'excluent pas le recours à l'isolement, mais uniquement après que tous les moyens raisonnables aient été utilisés. Quels sont ces moyens raisonnables ?

1. L'évaluation très précise par l'équipe multidisciplinaire avant l'admission pour s'assurer que l'admission dans l'unité psychiatrique est faite en temps approprié ;
2. S'assurer qu'un nombre important d'infirmiers diplômés qui travaillent au sein de l'unité ont été formés aux différents moyens de contrainte corporelle et qu'ils savent bien travailler en équipe ;
3. S'assurer que les malades soient mis au courant de ce qui se passe pour eux ;
4. Utiliser la parole, outil thérapeutique, et l'attention individuelle intensive aussi souvent que possible et même dans les situations de violence ;
5. Donner à chaque malade un espace personnel et créer un environnement thérapeutique au cœur de l'unité ;
6. Assurer l'accès à un espace ouvert, ainsi qu'à des salles de repos et de détente ;
7. Proposer des projets de soins individualisés et des activités structurées avec un infirmier référent pour chaque malade.

## Morale de la fable

S'il existait une fable sur l'isolement et la contention, quelle morale contemporaine pourrait-on en extraire ?

Il y a environ cinquante ans, de grands espoirs étaient mis dans les progrès de la chimiothérapie et dans la psychothérapie institutionnelle. La chimiothérapie a poursuivi son développement, mais rencontre des limites, non seulement thérapeutiques, mais les restrictions aux prescriptions (les effets indésirables cumulatifs des différentes molécules, les posologies hors AMM) limitent de plus en plus les prescriptions médicamenteuses.

Quant à la psychothérapie institutionnelle, elle s'insère mal dans les protocoles, les DMS les plus courtes possible, les préfigurations de TAA, la disparition des synthèses cliniques, parlotes inutiles et dispendieuses de temps soignants penchés sur des ordinateurs pour compiler on ne sait quelle traçabilité.

Or que disent certains qui pratiquent isolement ou contention faute de mieux ou ceux qui la combattent : l'important

serait de mettre l'accent sur toutes les formes d'approches relationnelles et dans des locaux adaptés. L'époque, pour des raisons économiques, semble tourner le dos à ces orientations thérapeutiques. Sans nier les espoirs qu'il faut toujours conserver dans le progrès scientifique et notamment dans ce que les neurosciences pourront apporter à la connaissance du fonctionnement psychique, la présence humaine relationnelle reste indispensable et si le recours à l'isolement et à la contention était réellement en augmentation, ce qu'il conviendrait d'ailleurs de quantifier plus précisément, il est probable que parmi les causes en favorisant la réémergence, on trouverait la « mécanisation » de la psychiatrie, comme de beaucoup d'autres domaines de la vie sociale : en somme la disparition du poinçonneur des Lilas et la promotion des hotlines automatisées.

Pour conclure, tout soignant doit garder à l'esprit, comme l'énonce la loi du 5 juillet 2011, sous forme d'une « pres-

cription » juridique, que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être **adaptées, nécessaires et proportionnées** à l'état mental de la personne concernée et à la mise en œuvre du traitement requis (article L3211-3 CSP). Outre la morale de notre fable sur le retour utile du relationnel, La Fontaine ne disait-il pas que : « *Nous faisons cas du Beau, nous méprisons l'Utile ; Et le Beau souvent nous détruit* » (Le Cerf se voyant dans l'eau).

### Dr Michel DAVID

Praticien hospitalier  
Psychiatre des Hôpitaux  
Vice-président du SPH

## ANNEXES

### Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie

*Conférence Nationale des Présidents de CME de CHS. 18 mai 2016*

Il est rappelé que les pratiques de restriction de liberté en établissements hospitaliers autorisés en psychiatrie sont encadrées par des textes législatifs et réglementaires.

Touchant aux domaines des libertés publiques et des droits fondamentaux, elles font l'objet de recommandations et de démarches qualité dans le cadre de la certification des établissements de santé menée par la Haute Autorité de Santé, qui a récemment mis en place un groupe de travail sur les pratiques d'isolement et de contention.

Ces pratiques s'inscrivent dans un processus complexe justifié par l'état clinique du patient et comprenant de nombreux aspects : une décision, un accompagnement humain, une délivrance de soins et une surveillance professionnelle de proximité.

Les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie ne sont pas à confondre mais, dans tous les cas, elles ne peuvent être considérées comme anodines et relever de la banalité de la pratique quotidienne. Elles ne peuvent en aucun cas constituer une réponse à des questions d'ordre disciplinaire, d'effectifs soignants ou par convenance

institutionnelle. Elles ne doivent être limitées qu'au strict nécessaire.

L'histoire de l'institution hospitalière a montré qu'aucun acteur du soin, quelles que soient ses compétences et son expérience, n'est à l'abri de contre-attitudes négatives et de perte de maîtrise de soi dans sa pratique hospitalière. Il s'agit donc d'un domaine qui exige une vigilance toute particulière d'un point de vue éthique médical et légal ainsi que de prendre la mesure de ce que toute privation ou restriction de liberté implique pour chacun, patient ou soignant.

Sur ces bases, la conférence nationale des présidents de CME de CHS considère que :

- 1.** L'isolement et la contention sont des mesures de protection du patient et éventuellement de son entourage de l'unité de soin. Il s'agit de mesures dites « de dernier recours » et leurs indications ne peuvent être portées que sur la base de la constatation de son état clinique, dans une perspective d'apaisement et dans le respect de sa dignité et de son intimité.
- 2.** La décision d'isolement ou de contention est prise par un praticien senior qui s'assure du caractère dit « de dernier recours » de la mesure. À cet égard, il retranscrit dans le dossier du patient les actions menées au préalable pour éviter cette mesure. Il est informé sans délai de sa mise en place. En cas de nécessité entrant dans le cadre du rôle propre infirmier, le praticien senior confirme s'il y a lieu la mesure dans l'heure qui suit sa mise en place à la suite d'un examen médical.
- 3.** La décision d'isolement ou de contention ne peut être anticipée (dite « si besoin ») ou systématisée, notamment en raison de la situation administrative du patient (soins sans consentement, personne détenue, etc.).
- 4.** La décision d'isolement ou de contention fait l'objet d'une concertation avec l'équipe de soins et prend en compte notamment l'évaluation du bénéfice/risque. Dans toute la mesure du possible, les professionnels s'efforcent d'expliquer au patient pourquoi cette mesure ne peut pas être évitée. Toute information utile lui est apportée dès la prise de décision, en particulier concernant la durée prévisible de la mesure, qui est inscrite dans le dossier. La personne de confiance en est informée dès que possible.
- 5.** La décision est individualisée, assortie le cas échéant d'une prescription médicamenteuse, basée sur la prise en compte de l'intérêt du patient dans un but thérapeutique et évaluée au regard de l'évolution de son état clinique. Elle est motivée, inscrite dans le dossier du patient et horodatée. Sa durée et, le cas échéant, le type de contention, y est précisée ainsi que l'absence de contre-indications somatiques. En tout état de cause la mesure est « nécessaire, adaptée et proportionnée à l'état clinique du patient ».

6. Un programme individualisé de surveillance de l'état clinique et de prévention des risques prévoit notamment un examen médical somatique dans les deux heures qui suivent le début de la mesure d'isolement, un minimum de deux examens médicaux quotidiens et une évaluation infirmière au minimum toutes les heures, et la possibilité pour le patient de solliciter un soignant si nécessaire.
7. La contention est décidée pour une période maximum de 12 heures, l'isolement pour une période maximum de 24 heures. Sauf impossibilité majeure motivée et retranscrite dans le dossier du patient, la mesure est interrompue par des sorties de la chambre d'isolement dans le service d'hospitalisation pour une courte durée.) Sa reconduction nécessite systématiquement un examen par un praticien senior et les mêmes justifications qu'à l'origine de la mesure. Au terme de la mesure, un entretien médical sur le vécu de la mesure est organisé avec le patient dont le compte-rendu figure au dossier médical.
8. L'isolement et la contention sont réalisés dans des espaces dédiés dont l'architecture a été conçue pour contribuer à la qualité des soins dans ce contexte particulier et par un personnel suffisamment expérimenté et formé aux enjeux éthiques et aux difficultés de mise en œuvre de ces pratiques. Les conditions matérielles et notamment d'hygiène et de sécurité y sont assurées dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient, notamment l'accès à un point d'eau. L'utilisation de vêtements autres que ceux du patient doit être strictement limitée et réservée qu'à de rares situations motivées par des arguments cliniques et/ou d'hygiène. Elle ne peut en aucun cas être systématisée pour des motifs institutionnels.
9. La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.
10. Au niveau institutionnel :
  - ▶ Le début et la fin de toute mesure d'isolement ou de contention sont portés à la connaissance du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de garde. Elle est signalée en temps réel au service de sécurité incendie de l'établissement.
  - ▶ Les situations des patients en isolement ou contention sont reprises lors des réunions institutionnelles de l'unité d'hospitalisation, au minimum de façon hebdomadaire et la traçabilité en est assurée dans le dossier du patient. Elles sont portées à la connaissance du JLD à chacun de ses passages dans l'établissement.
  - ▶ La gestion de la disponibilité des chambres d'isolement engage la solidarité institutionnelle des responsables médicaux et administratifs des pôles.
11. La CME fait de la réduction des pratiques de contention et d'isolement au strict minimum un axe fort de sa politique de qualité et de sécurité. Elle en fait systématiquement l'objet d'un volet spécifique de son projet médical. Dans cette perspective la CME est informée chaque trimestre dans le cadre de son agenda qualité de la situation quantitative et qualitative de ces mesures. Sur la base du registre prévu par la loi, l'établissement établit annuellement en lien avec la CME et le DIM, un rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, et la politique qu'il définit et met en œuvre pour en limiter le recours (EPP, formations et recherches, etc.) Ce rapport est transmis à la commission des usagers, au comité d'éthique et au conseil de surveillance pour avis, ainsi qu'à l'ARS pour une analyse régionale de ces pratiques en lien avec les rapports de la CDSP qui en est mensuellement informée.
12. La conférence nationale des présidents de CME de CHS estime que la mise en place d'un observatoire national des pratiques d'isolement et de contention des établissements publics de santé, réunissant les représentants des acteurs concernés (patients, familles, professionnels et administrations) et dont elle déjà fait la demande au ministère, serait de nature à assurer un traitement objectif de ces pratiques, pour réaliser une analyse critique des données fournies régionalement par les ARS et en interpréter qualitativement et quantitativement les évolutions dans la perspective d'en limiter à terme le recours.

## DOCUMENTATION

*La documentation est exclusivement en langue française, mais les articles de cette bibliographie citent abondamment la littérature anglophone.*

### 1. Ouvrages

- » CGLPL. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Dalloz, 2016.
- » Dupont M, Laguerre A, Volpe A. Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien traiter. Presses de l'EHESP. 2015.
- » Friard Dominique. L'isolement en psychiatrie. Séquestration ou soin? Masson, 2002.
- » Pascal JC, Hanon C. Consentement et contrainte dans les soins psychiatriques. Collection Polémiques. Doin Editions, 2014.
- » Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes JP. Isolement, contention et contrainte en psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Medias Flashes, 2000.
- » Palazzolo J. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Masson. 2002.
- » Pratiques en santé mentale. De la contention à la contenance : la psychiatrie au risque de la liberté. N° 4. Novembre 2014. Champ social Éditions.

### 2. Articles

- » Andrieu JP. Éthique et isolement en psychiatrie. Soins PSYCHIATRIE, n° 294 - Septembre/octobre 2014.
- » Bourgeois F. La chambre d'isolement thérapeutique. La revue de l'infirmière. Août-Septembre 2012, n° 183.
- » Comité de rédaction de Droit, Déontologie et Soins. Chambre d'isolement, contention, hospitalisation sous contraintes. Droit Déontologie et Soins 12 (2012) 336-346.
- » Fédération d'aide à la santé mentale/Croix-Marine. De la contention à la contenance : la psychiatrie au risque de la liberté. Pratiques en santé mentale. N° 4, novembre 2014.
- » Guedj et al. Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. L'Encéphale, 2004 ; XXX : 32-9.
- » Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. L'Encéphale (2013) 39, 237-243.
- » Kinoo P, Kpadonou-Fioffi E. Enfant, contenance et contention. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (- [2008] 117-121.
- » Le Heuzey MF. Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales? Ann Méd Psycholo 2002; 160 : 327-31.
- » Nadereau et al. À propos de la chambre d'isolement en pédopsychiatrie. Étude au sein d'une unité d'hospitalisation pour adolescents. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 61 [2013] 72-82.
- » Palazzolo J et al. Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspectives. L'Encéphale, 2001 ; XXVII : 570-7
- » Palazzolo J et al. À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des soignants. L'Encéphale, 2000 ; XXVI : 84-92.
- » Palazzolo J. À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des patients. L'Encéphale, 2004 ; XXX : 276-84.
- » Pratiques en santé mentale. De la contention à la contenance : la psychiatrie au risque de la liberté. N° 4. Novembre 2014. Champ social Éditions.
- » Sigaud et al. Pratique de l'isolement chez des patients hospitalisés sous contrainte dans un service universitaire d'urgences psychiatriques. Revue de 266 dossiers. Ann Méd Psycholo 173 [2015] 143-147.
- » Vignat JP. Isoler pour soigner. Soins Psychiatrie - n° 294 - septembre/octobre 2014.

### 3. Netographie

- » Abraham A, Moorooogen L. La pratique de l'isolement au Princess Royal Hospital en Grande-Bretagne. Journée du 8 février 1996. [www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/abrham.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/abrham.html)
- » Apt M, Dolbeau N. Soins infirmiers ou accompagnement infirmier du patient isolé. Journée du 8 février 1996. [http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/apt.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/apt.html)



- » Audigout MJY. La difficulté d'évaluer les pratiques. Journée du 8 février 1996.  
[http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/audigou.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/audigou.html)
- » ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Juin 1998. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
- » Bouville V., Becker. Les « fixations » : une alternative à l'isolement? Journée du 8 février 1996.  
[http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/bouville.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/bouville.html)
- » CGLPL. Recommandations en urgence du CGLPL du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain. JORF n° 0064 du 16 mars 2016. <http://www.cgpl.fr/2016/recommandations-en-urgence-relatives-au-centre-psychotherapique-de-lain-bourg-en-bresse/>
- » Collectif des 39. Non à la contention. La sangle qui attache tue le lien humain qui soigne.  
<http://www.hospitalite-collectif39.org/?NON-A-LA-CONTENTION>
- » Conférence nationale des présidents de CME de CHS. Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie. 18 mai 2016. <http://www.infirmiers.com/pdf/contention-isolement-conference-cme.pdf>
- » Dorsner-Dolivet. Le statut juridique de l'isolement thérapeutique. Journée du 8 février 1996.  
[http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/dorsner.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/dorsner.html)
- » Friard D. Gourves D. Leyreloup AM. Et pourquoi demander à Danton s'il faut changer le nom de la guillotine? Journée du 8 février 1996. [http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/gourves.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/gourves.html)
- » Gaussares C. De l'obligation de soins. Journée du 8 février 1996.  
[http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/gaussares.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/gaussares.html)
- » HAS. Note de cadrage : « Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie ». [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/place\\_de\\_la\\_contention\\_et\\_de\\_la\\_chambre\\_disolement\\_en\\_psychiatrie\\_-\\_note\\_de\\_cadrage.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/place_de_la_contention_et_de_la_chambre_disolement_en_psychiatrie_-_note_de_cadrage.pdf)
- » Holmes D. Perron A. Guimond P. Le personnel infirmier et l'isolement en psychiatrie : critique du processus de décision. Santé mentale n° 116. Mars 2007. [http://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/sm116\\_chercheurs.pdf](http://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/sm116_chercheurs.pdf)
- » Jamet JM. Éthique et isolement. Journée du 8 février 1996.  
[http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/jamet.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/jamet.html)
- » Katchalov P., Kazantsev. Des méthodes de contraintes physiques dans les services psychiatriques russes. Journée du 8 février 1996. [http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/katchalov.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/katchalov.html)
- » Lanteri-Laura G. Panorama historique de l'isolement en psychiatrie. Journée du 8 février 1996.  
[http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/lanteri.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/lanteri.html)
- » Rassat P. Collectif des 39. Interdit au packing, j'ai fait un mauvais rêve. <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=8274>
- » Richon. La chambre d'isolement, de la culpabilité au soin. Journée du 8 février 1996.  
[http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/richon.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/richon.html)
- » Røelandt G. Selod S. Pavillon 11 — Procès de la folie. À propos de la fermeture du pavillon de force. Armentières 1984. Journée du 8 février 1996. [http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/roelandt.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/roelandt.html)
- » Terra JL. De l'audit clinique à l'assurance qualité. À propos de l'utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie. Journée du 8 février 1996. [http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/terra.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/terra.html)
- » Windisch M. Du consentement... à l'isolement. Journée du 8 février 1996.  
[http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congre\\_isolement/windisch.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/windisch.html)

#### 4. Médias

- » Bienvault P. Psychiatrie, l'humiliation banalisée des patients. La Croix. 31 mai 2016.
- » Collectif des 39. Il faut en finir avec la psychiatrie fondée sur la contention. Tribune. Libération. 31 mars 2016.
- » Favereau E. Psychiatrie, l'enfer derrière les portes. Enquête. Libération. 25 mars 2016.
- » Favereau E. Les dérives sans fin de la contention en hôpital psychiatrique. Editorial. Libération. 29 mai 2016.

# DÉCRET MODIFICATIF EXPERTISE

**Décret n° 2016-744 du 2 juin 2016 modifiant le décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public**

**NOR : AFSS1609899D**

---

**Publics concernés** : personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée.

**Objet** : modification de la liste des activités et rémunérations entrant dans le champ d'application de l'affiliation au régime général en tant que collaborateur occasionnel du service public.

**Entrée en vigueur** : les dispositions du présent décret entrent en vigueur pour les cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2016, à l'excepti-

tion des dispositions relatives aux conseillers prud'homaux, qui entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2018 .

**Notice** : le présent décret modifie la liste des activités et rémunérations participant de façon occasionnelle à des missions de service public en y intégrant les experts psychiatres judiciaires ainsi que les experts travaillant pour les comités de protection des personnes.

**Références** : le texte et le décret qu'il modifie, dans sa rédaction issue de cette modification, peuvent être consultés sur Légifrance (<http://legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de procédure pénale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment le 21° de son article L. 311-3 ;

Vu le code du travail, notamment son article L. 1421-1 ;

Vu le code de l'environnement, notamment ses articles L. 121-8, L. 121-9, R. 121-7, R. 121-15 et R. 121-16 ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu l'ordonnance n° 2016-388 du 31 mars 2016 relative à la désignation des conseillers prud'hommes ;

Vu le décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 19 avril 2016 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 27 avril 2016 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 29 avril 2016 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'allocations familiales en date du 3 mai 2016 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 4 mai 2016 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 11 mai 2016,

Décète :

## Article 1

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article D. 311-1 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les personnes contribuant au contrôle judiciaire ou au sursis avec mise à l'épreuve, médiateurs du procureur de la République, délégués du procureur de la République, énumérés au 3° de l'article R. 92 du code de procédure pénale, au titre des indemnités versées en application de l'article R. 91 du même code » ;

b) Après le 1°, il est ajouté trois alinéas ainsi rédigés :

« 2° Les interprètes et les traducteurs mentionnés aux articles R. 92 et R. 93 du code de procédure pénale, au titre des indemnités versées en application de l'article R. 91 du même code ;

« 3° Les médecins et les psychologues exerçant des activités d'expertises médicales, psychiatriques, psychologiques ou des examens médicaux, rémunérés en application des dispositions de l'article R. 91 du code de procédure pénale et qui ne sont pas affiliés à un régime de travailleurs non salariés » ;

« 4° Les membres des comités de protection des personnes mentionnés à l'article L. 1123-1 du code de la santé publique, au titre des indemnités compensatrices pour perte de revenu versées par les comités en application des dispositions de l'article R. 1123-18 du code de la santé publique et de toutes autres rémunérations versées en contrepartie des expertises réalisées pour le compte de ces comités » ;

c) Les 17° à 20° sont supprimés ;

d) Les 2° à 24° deviennent respectivement les 5° à 23° ;

e) Au 7° devenu 10°, l'article : « R. 111-4 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique, » est remplacé par l'article : « R. 134-15 du code des relations entre le public et l'administration, » et les articles : « R. 111-6, R. 111-7, R. 111-8 et R. 111-9 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique » sont remplacés par les articles : « L. 123-18 et R. 123-25 du code de l'environnement et des articles R. 134-18 à 134-21 du code des relations entre le public et l'administration » ;

f) Au 11° devenu 14°, les références : « de l'arrêté du 18 juin 2009 modifié pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 » sont remplacées par les références : « de l'arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine » ;

g) Le 16° devenu 19° est ainsi rédigé :

« 19° Les membres des conseils d'administration et les

membres des conseils des organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoire, ainsi que les administrateurs de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale, au titre des indemnités pour perte de gains ou de salaires versées par ces organismes » ;

h) Le 23° devenu 22° est ainsi rédigé :

« 22° Les membres désignés des conseils de prud'hommes mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1423-2 du code du travail, au titre des allocations et vacations horaires versées par le conseil en application des articles R. 1423-55, D. 1423-56 et D. 1423-57 du même code » ;

i) Au 24° devenu 23°, après les mots : « aux enquêtes », les mots : « de recensement » sont supprimés et les références : « des décrets n° 69-600 du 13 juin 1969 et n° 2000-60 du 24 janvier 2000 » sont remplacés par les références : « du décret n° 69-600 du 13 juin 1969 » ;

j) Après le 23°, il est ajouté un 24° ainsi rédigé :

« 24° Les membres des commissions particulières du débat public mentionnées à l'article L. 121-9 du code de l'environnement, au titre des indemnités versées par la Commission nationale du débat public en application des articles R. 121-15 et R. 121-16 du même code. » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article D. 311-3, les références : « 3° et 4°, aux 10° à 12°, aux 14° et 15° ainsi qu'au 22° de l'article D. 311-1, » sont remplacées par les références : « 6° et 7°, aux 13° à 15°, aux 17° et 18° ainsi qu'au 21° de l'article D. 311-1 » ;

3° A l'article D. 311-4, les mots : « 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 1° à 5° » ;

4° A l'article D. 311-5, les mots : « 742-3-2 » sont supprimés.

## Article 2

Les dispositions de l'article D. 171-11 ne sont pas applicables pour l'exercice des activités effectuées en application du chapitre 3 du titre II du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique.

## Article 3

I. - Les dispositions du présent décret entrent en vigueur pour les cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

II. - Les personnes mentionnées au 22° de l'article D. 311-1 dans la rédaction issue du présent décret entrent dans le champ d'application du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, pour les cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

#### Article 4

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 2 juin 2016.

Par le Premier ministre  
Manuel Valls

La ministre des Affaires Sociales et de la Santé,  
Marisol Touraine

Le ministre des Finances et des Comptes Publics,  
Michel Sapin

Le secrétaire d'Etat chargé du budget,  
Christian Eckert

## Réaction à la publication du décret modificatif COSP du 2 juin 2016

Le syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) prend acte de la publication au journal officiel ce 5 juin 2016 du décret du 2 juin 2016 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public.

Après de longs mois d'attente et de négociations dans lesquelles le SPH et la CPH ont pris une part active, ce décret réintègre les psychiatres hospitaliers dans la catégorie des collaborateurs occasionnels du service public. Il modifie le décret du 30 décembre 2015 qui obligeait les experts psychiatres hospitaliers à s'inscrire au régime social des indépendants (RSI). Désormais, les expertises et les examens médicaux réalisés par des médecins hospitaliers à la demande des autorités judiciaires et payés au titre des frais de justice, relèvent de l'affiliation au régime général de la sécurité sociale.

**Il est donc possible de reprendre les activités d'expertise ainsi que les examens médicaux à la demande des magistrats sans crainte d'une obligation d'affiliation au RSI.**

Mais ce décret ne fait que revenir à la situation qui prévalait avant le décret litigieux du 30 décembre dernier : il ne s'agit donc que d'une première étape avant l'ouverture de négociations visant à la **reconnaissance et à la valorisation de l'activité expertale des praticiens hospitaliers qui contribueront à améliorer l'attractivité des fonctions de praticien hospitalier** en psychiatrie.

- ▶ Le SPH réclame l'extension aux autres expertises et examens médicaux effectués sur demande des magistrats, de l'autorisation statutaire de pratiquer des expertises pénales sur le temps de travail à raison de deux demi-journées par semaine.
- ▶ La nécessaire revalorisation du tarif des expertises et des dépositions aux Assises doit être prise en compte avec possibilité de dépassement surdevis argumenté dans les cas complexes.
- ▶ Il convient de clarifier le statut fiscal de l'expert salarié qui ne peut pas être assujéti simultanément à la TVA et aux cotisations sociales. L'État employeur ne pourra plus se soustraire à ses obligations de paiement des cotisations sociales des médecins experts. Les charges salariales devront être immédiatement compensées pour maintenir la rémunération actuelle dans l'attente d'une revalorisation substantielle.
- ▶ Le SPH demande la mise en œuvre du projet d'instauration d'un tutorat pour former et accompagner les psychiatres qui se choisissent l'activité d'expertise judiciaire en concertation avec les associations professionnelles.

**Le SPH exige donc l'ouverture de négociations avec la Chancellerie et le ministère de la Santé et s'associera aux actions des associations professionnelles de psychiatres experts de justice visant à atteindre ces objectifs.**

# 3<sup>ème</sup> PLAN AUTISME : RÉACTIONS

**Fabienne Roos-Weil**

**Conseiller IDF du SPH, Secrétaire Générale de la FFP**

---

## Lettre du SPH à la ministre de la santé

Madame la Ministre de la santé  
Ministère des affaires sociales et de la santé  
14 avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP

Hénin-Beaumont, le 7 mars 2016

Madame la Ministre,

La DGOS vient d'annoncer à certaines organisations qu'elle chargeait les ARS d'inspecter les Hôpitaux de Jour de psychiatrie infanto-juvénile pour y vérifier le respect des recommandations de bonnes pratiques (RBP) dans le cadre du 3<sup>e</sup> plan autisme.

Si le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux reconnaît qu'il est légitime de se soucier de la qualité générale des prises en charge et du bon usage des fonds publics, il est cependant profondément surpris par la forme donnée à cette vérification.

- Les Hôpitaux de jour sont déjà engagés dans les démarches réglementaires de certification et d'évaluation, tandis que leurs équipes sont investies dans la formation continue et le dispositif de DPC.

Qu'est-ce que ce circuit supplémentaire de vérification est donc supposé apporter, sauf à remettre en cause dans leur ensemble les dispositifs nationaux de formation et de contrôle des professionnels ?

- Une prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile qui associe toujours soins, éducation et pédagogie, nécessite un jugement clinique fondé sur des compétences professionnelles acquises par l'expérience et l'approfondissement des connaissances de la discipline. La pédopsychiatrie fait appel en outre à une pluralité de références auxquelles la plupart des équipes se sont formées. Si les outils standardisés font bien partie de la formation actuelle en pédopsychiatrie, ils ne sauraient cependant remplacer le jugement clinique qu'ils ne font que compléter.

Les inspecteurs des ARS auront-ils les compétences pour juger de la validité du jugement clinique à l'appui des pratiques examinées ?

- Depuis 2012, les professionnels alertent sur les risques de tirer des conclusions simplificatrices des RBP sur lesquelles ont été émises des réserves. Aux dires mêmes de la HAS, aucune méthode n'a fait complètement la preuve de son efficacité. Cette seule question des méthodes a ainsi réduit les débats de manière stérile.

Comment une inspection de l'ARS saura-t-elle éviter de tomber dans cette réduction et échapper aux mêmes conclusions hâtives faites par certains ?

Les associations scientifiques ne cessent de rappeler depuis 2012 que les troubles du spectre autistique, spectre très large, ne peuvent être traités de manière univoque. Les hôpitaux de jour s'occupent habituellement des enfants avec les troubles les plus complexes, qui nécessitent, plus que d'autres, des projets finement individualisés.

Par quels moyens les inspecteurs des ARS seront-ils en mesure d'apprécier l'approche de la complexité des troubles présentés et l'appréhension de l'enfant par les soignants dans sa singularité ?

- La mise en œuvre des projets est conditionnée par les moyens mis à la disposition des équipes. Certaines professions comme les orthophonistes, sont dans une démographie sinistrée car le statut défavorable offert par l'hôpital Public n'en permet plus le recrutement.

Comment ces données sur les pénuries de moyens seront-elles prises en compte dans les inspections ? Comment la DGOS peut-elle demander aux services sanitaires de faire plus avec autant, et ce sans pénaliser tous les autres enfants soignés en psychiatrie infanto-juvénile, enfants qui peuvent présenter des troubles graves mais qu'aucun lobby ne défend ? L'orientation des moyens vers une catégorie de patients crée une perte de chance pour tous les autres.

- Dans la forme choisie, cette inspection est une démarche de contrôle sans partage ni échange préalables sur les objectifs. Et dans le domaine des soins, le contrôle ne peut se réaliser que par comparaison à des preuves scientifiques ou des données probantes vis-à-vis de procédures diagnostiques ou thérapeutiques, en lien avec une organisation aux moyens validés.

L'inspection est donc une mesure d'exception.

Dans ce cadre, s'il n'existe pas de données scientifiques irréfutables ou au moins de vérité consensuelle, les conclusions d'une telle démarche ne sauraient être opposables, sauf pour des raisons idéologiques voire politiques. En effet, quelles sont les conséquences prévues si un écart est estimé entre les pratiques constatées et les critères érigés à tort comme règles à suivre ? Un climat de suspicion des tutelles pour la psychiatrie infanto-juvénile serait-il à l'origine de cette démarche exceptionnelle ?

La conséquence immédiate ne peut être qu'un risque de disqualification de la psychiatrie infanto-juvénile et de ses équipes, qui consacrent pourtant leurs efforts à se coordonner avec les familles et avec leurs partenaires de l'Education Nationale et du médico-social pour l'accueil des enfants porteurs de TSA. Et cela dans un contexte d'offre globale déjà insuffisante.

En choisissant d'inspecter les hôpitaux de jour de psychiatrie infanto juvénile publique, privée des moyens à la hauteur des exigences pour la prise en charge des enfants avec TSA, par surprise et sur des critères non scientifiques et non consensuels, les services du ministère ne servent-ils pas une disqualification programmée de la discipline ?

A terme, ces enfants doivent-ils être écartés du soin, dans un renoncement à la dynamique psychique qui permettra plus aisément le glissement des fonds vers le médico-social ?

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile seront-ils destinés à n'être que des producteurs de diagnostics sans exercice soignant ?

Il est indispensable que les objectifs réels de ces inspections soient exposés aux professionnels dont les lieux d'accueils et de soins vont être examinés.

Le SPH demande une concertation urgente avec les instances représentatives de la Psychiatrie Infanto-Juvénile avant la mise en œuvre de cette inspection douteuse.

Dans l'attente, veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de notre considération.

Dr Marc Bétrémieux, Président du SPH  
Dr Isabelle Montet, Secrétaire Générale du SPH

# COMMUNIQUÉ COMMUN SPH USP

17 mai 2016

---

## Psychiatrie Infanto-juvénile en danger

Depuis plusieurs années, la psychiatrie publique constate que les représentants de son ministère de tutelle disqualifient de manière plus ou moins explicite ses professionnels arguant de références scientifiques qui seraient refusées ou ignorées dans leurs pratiques dans le domaine de l'autisme.

Cette attitude connaît son apogée avec la consigne de Mme Neuville, Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, pour que les agences régionales de santé (ARS) procèdent à l'inspection des hôpitaux de jour accueillant des enfants avec diagnostic d'autisme. Cette inspection, qui néglige les visites planifiées de certification des hôpitaux menées par la HAS, doit être improvisée par les ARS pour vérifier l'application de simples recommandations consensuelles à valeur faible sur le plan scientifique de bonnes pratiques.

Les méthodes éducatives exigées sont loin de faire l'unanimité quant à leur efficacité, comme elles sont loin d'avoir amélioré la qualité de vie à long terme des personnes avec autisme dans les pays où elles ont été considérées comme la panacée. Les autres prises en charge n'ont pas été discréditées par la science et, pourtant, ce sont les méthodes éducatives que les tutelles privilégient au point de mépriser sous

des prétextes fallacieux les recherches scientifiques en cours pour évaluer les autres méthodes.

Pire, le choix des formations des professionnels, dans les champs sanitaire, paramédical, éducatif, juridique... est maintenant orienté par les décisions de certaines associations non scientifiques. Ce qui revient à dire que l'Etat se permet de décider des modalités de prise en charge en psychiatrie et de se substituer aux praticiens et aux associations scientifiques pour le contenu des formations.

Les annonces de Madame Neuville interviennent alors qu'un certain discours sur la prise en charge de l'autisme trouve écho auprès des médias grâce à des stratégies de communication organisées, loin de la spontanéité des témoignages d'usagers et avec le soutien de quelques élus partiels. Cette stratégie de communication sur des chaînes et radios publiques met en scène depuis plusieurs semaines de faux-débats sans contre-argumentations, qui n'ont rien d'une démarche scientifique pourtant affichée telle quelle dans les médias. L'image des professionnels de pédopsychiatrie qui y sont décrits flirte avec les clichés sur la psychiatrie et augmente par la caricature la stigmatisation des patients qui y font appel. Mais au-delà, cette campagne de désinformation diffamatoire interroge

sur ses véritables motivations, puisqu'il existe des enjeux financiers liés aux organismes de formation concernés par les méthodes dont Madame Neuville se retrouve à faire la promotion.

La question des conflits d'intérêts se pose, et nous attendons des agents du Ministère de la Santé d'être d'abord guidés par l'intérêt public, à distance des attitudes partisans et des pressions de lobbies.

Le contenu scientifique et les orientations de la formation professionnelle en santé doivent être guidés par l'intérêt des patients et non par les pressions. Ceci ne peut se faire en opposant les professionnels entre eux, les professionnels et les familles.

Le SPH et l'USP enjoignent à la reprise des collaborations en bonne intelligence en intégrant les professionnels de la psychiatrie qui depuis des décennies se consacrent aux personnes porteuses de troubles du spectre autistique et qui n'ont de cesse d'adapter leurs pratiques à la richesse des savoirs diversifiés et complémentaires.

**Philippe GASSER**  
Président de l'USP

**Marc BETREMIEUX**  
Président du SPH



# COMMUNIQUÉ DE PRESSE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA PSYCHIATRIE, DU COLLÈGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES DE PÉDOPSYCHIATRIE ET DU COLLÈGE NATIONAL POUR LA QUALITÉ DES SOINS EN PSYCHIATRIE

12 mai 2016

---

La prise en charge de l'autisme en France a toujours manqué de moyens quels que soient les âges des personnes concernées.

La psychiatrie, dans le système de santé et de protection sociale français a, depuis des décennies, assuré deux fonctions.

D'une part, elle réalise et accompagne des prises en charges actives, désaliénantes, basées sur les acquisitions scientifiques pertinentes et successives.

D'autre part, elle est un recours et un accueil ultime, par défaut, quand les carences de places ou le rejet social aggravent le sort, la dépendance et les co-morbidités des personnes autistes, notamment les plus dépourvues de moyens.

On doit à la vigoureuse action des associations de parents d'avoir obtenu que l'autisme devienne une priorité de santé publique en 1995.

Depuis, les plans autisme successifs ont, année après année, avec leurs différents axes, amélioré la visibilité des problèmes en cours (insuffisance du diagnostic et des prises en charges multipolaires précoces, ruptures de prise en charge aux âges charnières,

destin asilaire de certain adultes, insuffisance de l'aide aux aidants, rejet social et rejet par l'éducation nationale, etc.).

La redistribution des rôles dans l'accompagnement est en marche.

Il est en effet heureux que toutes les disciplines concernées soient mieux représentées dans les projets que souhaitent les familles et les professionnels pour les personnes autistes.

Cet éventail va des spécialités de la médecine exploratoire, de l'éveil sensoriel et de la rééducation psychomotrice, de la sensori-motricité, à l'éducation, à la scolarisation, la psychologie, la neuro-pédiatrie, la psychiatrie, la pédopsychiatrie, et toutes les autres disciplines nécessaires au traitement des co-morbidités somatiques et psychiatriques, à tous les âges de la vie.

Dans cet enrichissement pluridisciplinaire progressif, il est heureux qu'un consensus scientifique et international se dégage pour écarter les tentations de toute discipline isolée à exercer une suprématie sur les autres.

Il est aussi heureux que le double rôle historique de la psychiatrie ait évolué.

Pour les prises en charge actives et multipolaires, elle est en mesure

d'aider à fédérer plusieurs disciplines parmi celles qui sont nécessaires.

Pour les prises en charge par défaut, le développement du médico-social d'abord, de l'intégration et de l'inclusion sociale ensuite, tendent à diminuer le rôle de « dernier recours » sans moyens spécifiques qui fut longtemps dévolu à la psychiatrie, un rôle assimilé à tort à une captation médicale et abusive par les hôpitaux.

Dans ce contexte, les professionnels de santé et singulièrement ceux de la psychiatrie ont été, dans leur diversité, acteurs, souvent moteurs, parfois conservateurs (car les plus anciens), mais toujours concernés par l'accompagnement de l'autisme, à la fois maladie neuro-développementale dont l'origine est diverse, notamment dans ses causes génétiques, et handicap invalidant de gravité variable.

Ils sont plusieurs dizaines de milliers, formés et qualifiés, qui suivent depuis des années les évolutions en cours dans ce domaine. Avec leurs syndicats et leurs instances professionnelles multiples, ils contribuent à ces transformations avec le soutien discret de plusieurs dizaines de milliers de familles.

## Aujourd'hui, tous sont inquiets

Avec une extrême violence polémique, certains courants hostiles au système de soins et à la protection sociale se targuent d'avoir droit de cité dans les cabinets de nos ministères. Des lobbystes s'expriment dans les instances de la république comme s'ils étaient des sous-ministres ou leurs superviseurs.

Sous prétexte de désaliénisme, des intérêts privés se sont imposés dans des domaines qui relevaient jusqu'ici du service public et de l'université. Des organismes en conflit d'intérêt remportent des appels d'offres sans concurrence.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS sont détournées de leur esprit et de leur lettre pour justifier des détournements scientifiques. Un obscurantisme pesant s'installe. Des exemples de Bonnes Pratiques dans des pays étrangers sont avancées comme modèles mais ce sont précisément les mêmes qui aujourd'hui dans ces pays sont critiquées pour leurs effets pervers, après des années d'aveuglement et de dépenses inutiles. Il faut se garder de ces emballements médiatiques

qui en matière sanitaire affolent les médias, dérégulent les pratiques (dernier exemple en date : les cabinets dentaires low-cost) et déstructurent les soubassements de l'offre de soins.

De plus en plus nombreuses, des familles inquiètes s'organisent et se rassemblent dans plusieurs associations nouvelles, réclamant de la démocratie et de la transparence, mais elles sont vouées à la discrimination et à l'hostilité des fonctionnaires dans des agences et des groupes de travail de la république où règne une atmosphère de chasse aux sorcières.

C'est pourquoi la FFP, le CNU de pédo-psychiatrie et le CNQSP avec leurs cinquante associations scientifiques et leurs milliers de membres s'adressent au président de la république pour qu'il mette bon ordre à des dérives antidémocratiques qui ne peuvent qu'accentuer la réprobation et la colère de ces professionnels et de ces familles.

Nous sommes déterminés à faire progresser la prise en charge de l'autisme, en imposant le retour à la

démocratie dans les discussions, y compris en engageant des contentieux là où cela est nécessaire et en appelant les personnels de santé et les familles à s'exprimer par tous les moyens autorisés par la loi.

### **Dr Maurice BENSOUSSAN**

Président du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

### **Professeur David COHEN**

Président du Collège National des Universitaires de pédo-psychiatrie

### **Docteur Bernard ODIER**

Président de la Fédération Française de Psychiatrie

35<sup>ÈMES</sup> JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

# PSYCHIATRIE au FUTUR !



28 SEPTEMBRE > 1<sup>ER</sup> OCTOBRE 2016

## BRUXELLES

SQUARE-BRUSSELS MEETING CENTRE

www.sip-psychiatrie.fr - G. Saghiolo - M. Zivov Colli

## Pré-programme SPH AG 2016 Bruxelles

**Mardi 27 septembre**

**18h00 : Assemblée Générale\***

Président / Trésorier / Secrétaire Général / Rédacteur Chef Info Psy

**Mercredi 28 septembre (matin)**

**9h00 : Ateliers syndicaux**

**1. Pédo-psychiatrie au futur**

B. Welniarz , AS Pernel , F. Roos-Weil, V Delvenne, G. Apter (première partie)

**2. Statut de psychiatre des hôpitaux et devenir dans les GHT**

M.Damore, D. Desanges , J. Trevidic., MT Duault (Présentation de la problématique représentativité et travaux sur l'attractivité)

**3. Soins sans consentement, contrainte et droits des patients au regard du droit européen**

M. David, P. Jean-François, Laurent Lestrez, Gérard Shadili

**4. Le métier en psychiatrie**

K. Yebbal, M.J. Cortès, I. Montet, JP. Gonion, JM Chabannes.

**10h30 : Pause**

**11h00 : Ateliers syndicaux**

**5. Pédo-psychiatrie au futur**

B. Welniarz , AS Pernel , F. Roos-Weil, V. Delvenne, G. Apter (deuxième partie)

**6. Gouvernance, GHT, CPT**

A. Pourrat ; JP Salvarelli, D. Boillet

**7. Formation initiale et Développement professionnel continu**

B. Odier, J. Oureib, G. Cezanne-Bert

**8. Futur de l'expertise en psychiatrie publique**

P. Jean-François, D. Passerieux, G. Shadili

**12h30 : Fin des travaux d'atelier**

**Mercredi 28 septembre (après-midi)**

**14h00 : Table ronde SPH**

« Syndicats de la Psychiatrie Publique au Futur »

**15h00 : Assemblée Générale SPH\***

Vote du quitus et motions

**18h00 : Fin de l'AG du SPH**

## Journées SIP Psychiatrie au Futur

**Jeu-di 29 septembre**

Table Ronde Professionnelle SPH : Exercice de la psychiatrie publique au futur (après midi)

C. Kornreich, psychiatre de la société royale de santé mentale, B), R. Touroude (Vice Pdte Unafam), C. Muller (conférence PCME CHS), JL. Feys (Belge équivalent de la conférence PCME), D. Gruson FHF, M Bétrémieux.

**Vendredi 30 septembre**

**Matin**

Table ronde professionnelle SPH :

psychiatrie publique, vers quel modèle de financement ?

Un représentant de la FHF, JJ Morfoisse (ARS Languedoc Roussillon), A. Grimaldi (MDHP), J. Oureib, J. Paquis, B. Odier (modèle de financement SPH)

**Après-midi**

Table ronde professionnelle SPH :

Organisation territoriale de la psychiatrie

P. Mariotti (ADESM), D. Gruson (FHF), J. Trévidic (CPH), Isabelle Montet, Alain Pourrat

**Vendredi 30 septembre 2016**

**16h30 (1h)**

Table Ronde SIP : Le Métier de Psychiatre au Futur

Présidents du CNPP : JJ Laboutière, M Bensoussan, M Bétrémieux, C. Kornreich

\*L'annonce de l'assemblée générale ne vaut pas convocation, celle-ci sera envoyée ultérieurement



# 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

- PH temps plein       PH temps partiel       Praticien contractuel       PAC  
 Praticien attaché       Assistant       Chef de clinique       Interne  
 Chef de service       Honoraire (retraité)  
 PSPH :      Intitulé de l'établissement de nomination par arrêté

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 MONTERRIN 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 MONTERRIN 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

# 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

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

Mon CV est visible par plus de 4 000 structures

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 Viadéo et LinkedIn de la FEHAP

## MATCHING !



## L'innovation Recrutement



**L'Association Entraide Universitaire** recrute pour son dispositif ITEP Pierre Male à Arnouville (95) ITEP, SESSAD & CASF - Proche banlieue - 15 minutes de châtelet RER D - Autoroute A1

## Un Médecin Psychiatre (h/f) Mi-temps, CDI, CCN 66

### Fonction :

Responsable du pôle thérapeutique (psychologues, psychomotricienne), le médecin psychiatre est le garant de la mise en œuvre du projet de soin de l'ITEP, des indications médicales et thérapeutiques. A ce titre, il participe au processus d'admission et d'orientation des jeunes, au travail avec les familles et à l'élaboration pluridisciplinaire des projets personnalisés d'accompagnement et des projets de groupes. Il contribue à la réflexion continue sur le projet institutionnel et son développement.

### Spécificités souhaitées :

Connaissance du travail institutionnel. Intérêt pour les approches thérapeutiques groupales. Travail en partenariat avec les services de soins de psychiatrie, de pédopsychiatrie, les praticiens libéraux sur des situations.

### Candidature et CV à adresser à :

Madame la directrice du dispositif ITEP Pierre MALE - 7 rond point de la Victoire - 95400 Arnouville  
ou par mail : [arnouville@asso-eu.fr](mailto:arnouville@asso-eu.fr)

## LE GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD

Villejuif (94) - Accès - Station Louis Aragon  
 172 et 131 - Arrêt Groupe Hospitalier Paul Guiraud  
Clamart (92) - Accès 172 et 131 - Station A. Béclère  
recrute

## 3 PRATICIENS HOSPITALIERS EN PSYCHIATRIE H/F

inscrits au Conseil de l'ordre des médecins

- **1 à temps partiel dans le cadre d'une Equipe Mobile Psychiatrie / Médico-social /Handicap Psychique (EMP Handipsy) (Réseau ORIGINAL) Pôle 94G13**  
Docteur Françoise DAVIET, Chef du pôle au 01 42 11 55 07.
- **1 à temps partiel - Pôle 94G17**  
Docteur Anne RAUZY, Chef du pôle au 01 42 11 72 30.
- **1 à temps plein - Pôle SMPR-UHSA**  
Docteur Magalie BODON-BRUZEL, Chef du pôle au 01 46 15 90 70 poste 6800.

Pour tous renseignements, vous pouvez contacter Madame Sophie NIVOY, responsable des affaires médicales au 01 42 11 70 05 - [affairesmedicales@gh-paulguiraud.fr](mailto:affairesmedicales@gh-paulguiraud.fr)

Merci d'adresser une lettre de candidature, accompagnée d'un C.V. et de la photocopie de vos diplômes, à Monsieur Jean-François DUTHEIL, Directeur des Ressources humaines, Affaires médicales et Affaires sociales - Groupe hospitalier Paul Guiraud, BP 20065, 54 Avenue de la République, 94806 VILLEJUIF cedex.

[www.ch-pgv.fr](http://www.ch-pgv.fr)







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



L'Association Audoise Sociale et Médicale (980 salariés – établissements sanitaires et médico-sociaux – [www.ussap.fr](http://www.ussap.fr))  
membre de l'Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées  
Recrute

### Pour l'Intersecteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile de l'ouest audois, un médecin pédopsychiatre à temps plein (ETP) pour les unités de Carcassonne.

Au sein d'une équipe médicale, vous interviendrez au sein de l'unité d'hospitalisation temps plein de 10 lits pour adolescents de 12 à 18 ans, du Centre Médico-Psychologique (CMP) et de l'hôpital de jour (HJ).

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à contacter  
le Dr Paule Garros - [pgarros@asm11.fr](mailto:pgarros@asm11.fr)  
ou le Responsable de Pôle Psychiatrie-Addictologie - [elegourieres@asm11.fr](mailto:elegourieres@asm11.fr) - 04 68 74 64 92

### Pour ses services de psychiatrie dans le département de l'Aude, deux médecins psychiatre à temps plein (ETP)

Intégré(e) au sein d'une équipe médicale sectorisée ou intersectorielle de 4/5 psychiatres, vous participerez à la prise en charge des patients au sein de ces différentes structures.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à contacter  
le Dr Guillaume Guérineau de Lamérie - Président de la Conférence Médicale d'Etablissement, [gguerineau@asm11.fr](mailto:gguerineau@asm11.fr)  
ou le Responsable de Pôle Psychiatrie Addictologie - [elegourieres@asm11.fr](mailto:elegourieres@asm11.fr) - 04 68 74 64 92

Le recrutement se fait sur la base de la convention collective CCN - 51 FEHAP, avec possibilité de passer le concours de Praticien Hospitalier en cours de fonction  
l'ASM accueille des praticiens hospitaliers détachés.

Vous pouvez transmettre votre candidature (CV et lettre de motivation) à : Monsieur Jean-Paul DUPONT, Directeur Général de l'USSAP  
Par courrier : Place du 22 Septembre BP 111 - 11304 LIMOUX cedex - Par courriel à : [direction@ussap.fr](mailto:direction@ussap.fr)



LE CENTRE HOSPITALIER DE LAVAU (TARN)  
(à 30 min de Toulouse)

# RECHERCHE

**UN MEDECIN PSYCHIATRE (H/F)**  
TOUS STATUTS CONFONDUS - TEMPS PLEIN  
POSTE A POURVOIR IMMEDIATEMENT

Pour tout renseignement contacter :  
Monsieur le Docteur MARTY - Chef de Pôle  
Standard : 05 63 58 81 81

**UN MEDECIN PEDOPSYCHIATRE (H/F)**  
TOUS STATUTS CONFONDUS - TEMPS PLEIN - TEMPS PARTIEL

Pour tout renseignement contacter :  
Madame le Docteur DU MANOIR GHISLAINE - Chef de Pôle  
[g.dumanoir@ch-lavaur.fr](mailto:g.dumanoir@ch-lavaur.fr) - Secrétariat : 05 63 83 31 56  
ou Standard : 05 63 58 81 81

Le pôle de Pédopsychiatrie est découpé en 6 structures réparties sur les communes de Lavaur, Castres, Graulhet et Mazamet et compte 7 médecins

### Adresser candidatures et CV à :

**Monsieur le Directeur des Ressources Humaines - Centre Hospitalier - 1, Place Vialas - 81500 LAVAU**



**Centre Hospitalier de Lorquin**  
5, rue du Général de Gaulle - 57790 - LORQUIN  
Accueil par : Autoroute A4 sortie PHALSBOURG (15 km) - Proximité SARREBOURG  
Equidistance entre NANCY et STRASBOURG

**Le Centre Hospitalier de Lorquin (Moselle) recrute, avec des mesures d'aide à l'installation, 2 psychiatres pour compléter l'équipe du Pôle de psychiatrie adulte de Moselle-Sud (territoire de Lorquin-Sarrebourg) pour exercer en intrahospitalier (soins libres, soins sous contraintes, soins prolongés, réhabilitation) et en extrahospitalier (CMP, HDJ, liaison à l'Hôpital Général).**

- Le Centre Hospitalier de Lorquin est un Établissement Public de Santé Mentale implanté en Moselle, son territoire, organisé en 2 pôles, couvre les bassins de vie de : Sarrebourg, Dieuze, Saint-Avold, représentant 210 000 habitants.
- Le Centre Hospitalier de Lorquin dispose d'un SMPR implanté au Centre Pénitentiaire de Metz.
- Le site principal d'hospitalisation, situé à Lorquin, est organisé de façon inter sectorielle avec une spécialisation des prises en charge : admissions, réhabilitation, handicap mental, soins prolongés.
- L'extra-hospitalier est constitué de 20 structures (hospitalisation complète, hôpitaux de jour et centres médico-psychologiques « pivot ») et des équipes médicales et soignantes sont en place dans l'établissement MCO de Sarrebourg.
- Les effectifs en personnel s'élèvent à 550 ETP de personnels non médicaux et 25 ETP de médecins.

Un logement de type villa peut être mis à disposition.

**Contacts :**  
 Chef de Pôle Docteur Francine BURRUS-MEHL  
 Tél. : 03 87 23 14 93 - 03 87 23 14 89  
 Président de CME Docteur Pierre HERRACH - Tél. : 03 87 38 51 05  
 Directeur Monsieur Olivier ASTIER - Tél. : 03 87 23 14 01

## LE CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE SARREGUEMINES




### recherche un psychiatre infanto-juvénile



recruté sous le statut de praticien contractuel à temps plein, rémunéré au 4<sup>ème</sup> échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein, majoré de 10 %.  
Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.

**Pour postuler par courrier :**  
 M. Pascal SCHMIT - Directeur Adjoint - Centre hospitalier spécialisé - 1, rue Calmette 57212 SARREGUEMINES  
**Tél. : 03 87 27 98 40 ou par mail à : pascal.schmit@chs-sarreguemines.fr**



**Centre Hospitalier Verdun Saint-Mihiel**  
 www.chvsm.org  
 3<sup>ème</sup> établissement public de santé de Lorraine  
 1 200 lits et places  
 2 000 agents  
 140 praticiens  
 Centre 15 du département  
 A 100 km du Luxembourg et de la Belgique  
 A 1h de Paris  
 et 1h30 de Strasbourg en TGV

## RECHERCHE UN PSYCHIATRE TEMPS PLEIN

La psychiatrie adulte du CHVSM recouvre le secteur n° 55 G 02.


- > Secteur d'Hospitalisation : Temps complet (56 lits, 3 unités), Hôpital de jour Verdun et Montmédy, 35 places, appartement Thérapeutique.
- > Activité de Secteur : CMP de Verdun (ouverture de 9H00 à 17H00 du lundi au vendredi), CMP de Montmédy (ouverture de 9H00 à 17H00 du lundi au vendredi).

**Le profil recherché :**  
 Psychiatre inscrit à l'Ordre (PH titulaire ou Praticien Contractuel) - Assistant Spécialiste Praticien Attaché Associé en psychiatrie.  
 Expérience antérieure en France ou en Belgique si possible.

**Perspective de carrière :** Poste de PH possible.  
 Rémunération selon l'expérience et les statuts - Participation à la PDS.

**Candidatures à adresser :**  
 Mme la Directrice des Affaires Médicales  
 Mail : affairesmedicales@ch-verdun.fr

**Renseignement :**  
 Dr HATIER - Chef de service - Mail : chatier@ch-verdun.fr



**Centre Hospitalier Verdun Saint-Mihiel**  
 www.chvsm.org  
 3<sup>ème</sup> établissement public de santé de Lorraine  
 1 200 lits et places  
 2 000 agents  
 140 praticiens  
 Centre 15 du département  
 A 100 km du Luxembourg et de la Belgique  
 A 1h de Paris  
 et 1h30 de Strasbourg en TGV

## RECHERCHE UN PSYCHIATRE OU PEDOPSYCHIATRE TEMPS PLEIN

Le service santé mentale et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHVSM recouvre le secteur n° 55IO2.

**Offre de soin :** Consultation CMP - HDJ - Hospitalisation complète - service de pédopsychiatrie d'urgence et de crise SPPUC - Thérapie familiale et de groupe.

**Le profil recherché :** Psychiatre ou pédopsychiatre inscrit à l'ordre (PH titulaire ou Praticien Contractuel) - Assistant Spécialiste - Praticien Attaché Associé

Expérience antérieure en France, Belgique ou Luxembourg si possible.  
 Perspective de carrière : Poste de praticien hospitalier possible.  
 Rémunération selon l'expérience et les statuts - Participation à la PDS.

**Candidatures à adresser :**  
 Mme la Directrice des Affaires Médicales  
 Mail : affairesmedicales@ch-verdun.fr

**Renseignement :**  
 Dr LECUIVRE - Chef de service - Mail : slecuivre@ch-verdun.fr  
 Tél. secrétariat : 03 29 83 83 09



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

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

Afin de compléter nos équipes :

- **4 psychiatres** pour compléter les équipes médicales des 3 secteurs adultes et le secteur de pédo-psychiatrie ; 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,...

*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 - 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 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)...



### L'ASSOCIATION CAMINANTE

engagée dans un travail autour de la clinique en institution recrute :

### UN MEDECIN PEDOPSYCHIATRE (H/F) (C.D.I. 0,20) Pour l'ITEP/SESSAD du Born à Parentis et l'IME P. Duplaa à Lesperon

Vous participerez à la conduite du projet institutionnel avec l'équipe de direction.  
Vous assurerez la conduite du projet médical et thérapeutique de l'établissement.  
Vous assurerez des entretiens réguliers avec les enfants et les familles.  
Possibilité d'un mi-temps par l'ajout d'un 0,30 auprès d'un IME public.

**(Poste à pouvoir à compter du 01/09/2016)**

**Merci d'adresser votre lettre de motivation et votre C.V. à :**

**Monsieur le Directeur de l'association CAMINANTE Domaine de Broquedis 625 RD 817 40390 SAINT ANDRE DE SEIGNANX**

### 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 repartis 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

**RECRUTE PSYCHIATRE**

Psychiatrie adulte



**Le Pôle de Psychiatrie est composé et organisé de la manière suivante :**

- 25 lits d'hospitalisation complète : 260 admissions en 2014, âge moyen 46 ans.
- 15 places d'HDJ (Orientation jeunes adultes).
- Un CATTP autonome orienté sur l'insertion sociale par l'intégration dans la ville.
- UMP avec IDE de 11h à 23h.
- CMP sur Château-Gontier et 3 Antennes (Craon, Cossé le Vivien et Grez en Bouère) : 4367 consultations en 2014.
- Partenariats avec la Ville pour les structures sportives (salles de sports, tournois) et culturelles (le Carré, scène nationale).

**En partenariat avec le centre douleur :**

Possibilité de s'investir dans la RTMS (Stimulation trans-crânienne en Psychiatrie).

**En complément d'aide à l'insertion par le logement :**

Résidence accueil (dispositif expérimental).

**Contact candidats :**

**Direction des Affaires Médicales**

Mme Mathilde GUICHARDIERE

Tél. : 02 43 70 73 42 - 07 60 28 84 71

affaires\_medicales@ch-hautanjou.fr

**Chef de Service Psychiatrie**

Dr Kamal DJEBBAR

Tél. : 02 43 70 73 10

kdjebbar@ch-hautanjou.fr



Vue d'un des bâtiments dédiés à l'hospitalisation adultes

**LE CENTRE HOSPITALIER GEORGES MAZURELLE A LA ROCHE-SUR-YON - RECRUTE**

Établissement Public de Santé Mentale de Vendée, le CH Georges Mazurelle comprend 5 pôles adultes, 3 pôles enfants, 1 pôle adolescents, 1 fédération de gériatrie-psychiatrie ainsi qu'une maison d'accueil spécialisée. Ses 1 400 agents et 76 médecins et internes accueillent les patients dans plus de 850 lits et places.

Un pôle Médico-Pharmaceutique vient en appui aux soins psychiatriques grâce à ses spécialistes en gynécologie, radiologie, cardiologie, neurologie, pneumologie et soins dentaires, notamment.

Idealement situé entre Nantes, et son CHU, et La Roche-sur-Yon et à 30 minutes de la côte atlantique, l'établissement bénéficie du climat océanique vendéen doux et ensoleillé.

[www.ch-mazurelle.fr](http://www.ch-mazurelle.fr)

**PSYCHIATRES**

Inscription au Conseil de l'Ordre ou épreuves de vérification des connaissances exigées

► Pôle de psychiatrie infanto-juvénile Est (Dr Lahoual - 02 51 09 72 83)

► Pôle des Adolescents (Dr Cailleau - 02 51 09 71 26)

► Pôle de psychiatrie adultes Sud-Vendée (Dr Garret - 02 51 09 72 25)

**Vous pouvez également prendre contact avec notre Président de CME : Dr Bescond - 02 51 09 71 32**

**Les candidatures avec CV sont à adresser à la DRH Affaires Médicales :**

EPSM Georges Mazurelle - 85026 La Roche-Sur-Yon

ou par mail à : [damc@ch-mazurelle.fr](mailto:damc@ch-mazurelle.fr) - Tél. : 02 51 09 73 47

**Fédération des APAJH**

au service de la personne en situation de handicap

Nous recherchons aujourd'hui **des médecins coordonnateurs,**

**des médecins psychiatres, des médecins pédopsychiatres et des médecins MRP motivés**

pour intervenir à temps partiel dans des établissements enfants (IME, SESSAD, CAMSP) et adultes (FAM) basés à Saint-Genis Pouilly (01), Villefranche (69) et dans la région Lyonnaise (Lyon 5<sup>e</sup>, Décines, Fontaines-sur-Saône et Villeurbanne).

Si vous êtes intéressé(e), envoyez votre candidature à :

[j.burnichon@apajh.asso.fr](mailto:j.burnichon@apajh.asso.fr) et rendez-vous sur [www.apajh.org](http://www.apajh.org) pour plus d'informations !

Premier acteur généraliste dans le secteur du handicap, la Fédération des APAJH (110 établissements en gestion directe et 2 900 salariés) a pour objet de promouvoir la dignité et la pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap.

La Fédération des APAJH, gère 14 établissements en Rhône-Alpes.



Etablissement public de prise en charge psychiatrique sur l'ensemble du département de l'Yonne, le Centre Hospitalier Spécialisé de l'Yonne est situé au cœur du centre-ville d'Auxerre, à 150 km de PARIS et à 150 KM de DIJON.

## Recrute (h/f)

### PSYCHIATRE A PLEIN TEMPS OU TEMPS PARTIEL

Pour les services internes et ambulatoires adultes de SENS.

Pour toute information sur l'organisation médicale, contacter :  
Monsieur le Docteur SIVA - Chef de service - Tél. : 03 86 64 45 43

### UN PRATICIEN SPÉCIALISÉ EN PÉDOPSYCHIATRIE A PLEIN TEMPS OU TEMPS PARTIEL

Pour les services internes et ambulatoires enfants et adolescents.

Pour toute information sur l'organisation médicale, contactez  
Madame Le Docteur Lapierre - Chef de pôle - Tél. : 03 86 94 39 60

Fort de ses 475 lits, 860 agents et 40 médecins, le CHS de l'Yonne met à la disposition de la population icaunaise un équipement diversifié, des structures de soins adaptées et une équipe pluridisciplinaire qualifiée, au plus près du lieu de vie du patient, afin d'assurer le meilleur suivi possible de la population en matière de santé mentale et permettre à chacun de retrouver un état de bien-être.

Dans un établissement neuf et entièrement reconstruit (services internes et ambulatoires), le médecin pilote et s'appuie dans la gouvernance pluridisciplinaire sur une équipe pluridisciplinaire qualifiée, compétente et motivée : psychologue, secrétaire, infirmier...

Le praticien pourra bénéficier d'un complément de formation pratique auprès d'un ou plusieurs psychiatre pédopsychiatres seniors, qu'il accompagnera dans leurs activités. Celles-ci pourront se situer dans d'autres unités de soins : hospitalisation complète, de jour, autre centre de soins ambulatoire.

Le CHY pourra également financer une, ou plusieurs, formation extérieure nécessaire à la bonne pratique de l'activité des praticiens.

#### Candidatures et C.V. sont à adresser à :

**M. BUZENS - Directeur d'établissement**  
4, avenue Pierre Scherrer - 89000 AUXERRE  
direction@chs-yonne.fr  
Site internet : <http://www.chs-yonne.fr>

## 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.

## RECRUTE PSYCHIATRE OU PÉDOPSYCHIATRE SALARIE(E)

#### 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.

#### 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 individualisé.
  - 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.
- Conventonnement sécurité sociale.

#### Poste à pourvoir dans une équipe d'exercice collégial. Expérience souhaitée dans la prise en charge des adolescents.

Salaires selon échelon, et parcours professionnel.

Travail à temps complet ou temps partiel.

Possibilité d'exercice libéral.

Logement de fonction, garderie pour enfants à proximité.

## Contacts

00 33 (0)2 54 51 28 28

• Dr Antoine FONTAINE - Président de CME - [afontaine@saumery.fr](mailto:afontaine@saumery.fr)

• M. Amaro DE VILLANOVA - Directeur - [a.de.villanova@saumery.fr](mailto:a.de.villanova@saumery.fr)



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

**CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE**  
Service Ressources Humaines  
87, avenue Joseph Raybaud - CS 41519  
06009 NICE Cedex 1

Tél. : 04 93 13 57 35  
colino-merra@nice-groupe-sainte-marie.com

## LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE DE NICE

Groupement leader dans la prise en charge en santé mentale, notre établissement a la responsabilité de 7 secteurs de soins psychiatriques publics des Alpes-Maritimes, de Nice à Menton. Afin d'assurer nos missions, nous disposons de 403 lits d'hospitalisation et d'un dispositif extra hospitalier déployé sur l'ensemble de notre territoire. Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC).

Nous recherchons pour notre établissement de Nice

**MEDECINS PSYCHIATRES H/F**  
**MEDECINS GENERALISTES H/F**  
**MEDECINS ASSISTANTS H/F**

En CDI temps plein et/ou temps partiel  
Salaire Selon Convention Collective Fehap 51

**Postes  
à pourvoir  
rapidement.**



L'ASSOCIATION SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE SITUÉE À L'ILE DE LA RÉUNION RECRUTE POUR SON PÔLE MÉDICO-SOCIAL HANDICAP REGROUPANT UN CAMSP, UN IME, UN CENTRE D'ÉDUCATION MOTRICE ET UNE MAS

**UN MÉDECIN PÉDO-PSYCHIATRE OU PSYCHIATRE EN CDI  
À TEMPS PLEIN 100% À POURVOIR IMMÉDIATEMENT**

Activité multi sites

Rémunération suivant Convention FEHAP 51 (majoration DOM +20%)

Contact : Nacer DJOUDI - Directeur du Pôle MSH - 02 62 90 29 89

Candidature (lettre de motivation + CV) à adresser à : [drh@asfa.re](mailto:drh@asfa.re) et [directeur.msh@asfa.re](mailto:directeur.msh@asfa.re)

Information sur les établissements du PMSH sur : [www.asfa.re](http://www.asfa.re)



Réseau fribourgeois de santé mentale  
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit



Le Secteur de Psychiatrie et de Psychothérapie pour enfants et adolescents du Réseau Fribourgeois de Santé Mentale (RFSM) assure l'évaluation diagnostique et le traitement d'enfants et d'adolescents fragilisés ou atteints dans leur santé mentale dans le canton de Fribourg.

Notre dispositif englobe des services ambulatoires régionaux, un service de consultation-liaison, une unité mobile et une offre hospitalière. En même temps, nous travaillons en étroite collaboration avec les partenaires du réseau des disciplines voisines ainsi qu'avec l'Université de Fribourg.

Pour le secteur hospitalier, nous cherchons pour une entrée en fonction de suite ou à convenir :  
**un-e médecin adjoint-e (80 - 100 %)**  
avec titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents FMH ou titre équivalent

Nous offrons des conditions de travail attrayantes dans une région pittoresque dotée d'un patrimoine culturel intéressant, avec la ville universitaire de Fribourg en son centre. En tant que médecin adjoint-e, vous avez la possibilité d'effectuer des consultations ambulatoires privées au sein du RFSM. Il va de soi que nous soutenons votre formation continue.

Le Dr A. Bernardon - Médecin Directeur du Secteur de Psychiatrie et de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents - Tél. : 02 63 05 30 50 - E-mail : [fombonnat@rfsm.ch](mailto:fombonnat@rfsm.ch) se tient volontiers à disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires. Vous trouverez le détail de ce poste sur notre site internet : [www.rfsm.ch](http://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](mailto:rfsm_rh@rfsm.ch)

La **Fondation de Nant** est une institution privée reconnue d'intérêt public, mandatée par l'Etat pour organiser et dispenser des soins psychiatriques dans la région de l'Est vaudois.

**nant**  
f o n d a t i o n  
SECTEUR PSYCHIATRIQUE  
DE L'EST VAUDOIS

Elle met au concours pour ses **services**

- ☒ d'accueil, d'orientation et de liaison psychiatrique,
- ☒ de psychiatrie et psychothérapie générale,
- ☒ de psychiatrie et psychothérapie communautaire.

## Trois postes de médecin-chef(fe)

Hormis le service d'accueil, d'orientation et de liaison psychiatrique qui répond aux besoins de tous les âges de la vie, les deux autres services s'occupent plus particulièrement des adultes entre 18 et 65 ans.

### Nous offrons

- ☒ Un travail stimulant au service de la population de la région ;
- ☒ Un encadrement pour la fonction de management de service et de gestion clinique ;
- ☒ Un esprit de réelle coopération pluridisciplinaire dans une institution à taille humaine ;
- ☒ D'excellentes possibilités de formation continue.

### Vous êtes

- ☒ Porteur(se) du titre FMH en psychiatrie-psychothérapie ou d'équivalences reconnues par l'OFSP.

### Vous avez

- ☒ Une solide formation psychothérapeutique ;
- ☒ Une expérience et des compétences en gestion d'équipes pluridisciplinaires et conduite de projets ;
- ☒ Du leadership et une formation de management ;
- ☒ Une expérience d'enseignement et capacité à collaborer au développement de la recherche clinique ainsi qu'à la production d'articles scientifiques ;
- ☒ Une formation approfondie dans un des domaines concernés est un atout.

**Entrée en fonction**                      Septembre 2016 ou à convenir

**Conditions d'engagement**            Selon la Convention Collective de Travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT).

**Renseignements auprès de**            Dre Alessandra Canuto, directrice médicale  
☎ 021.925.27.27 ou ✉ [alessandra.canuto@nant.ch](mailto:alessandra.canuto@nant.ch)

**Postulations auprès de**                Les dossiers de candidature complets sont à adresser à la Fondation de Nant, Service Ressources Humaines, **jusqu'au 26 août 2016**, via l'adresse e-mail : [rh@nant.ch](mailto:rh@nant.ch)

Plus d'informations sur la Fondation de Nant : [www.nant.ch](http://www.nant.ch)

# 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)