

**Psychiatrie et loi de Santé
Que reste-t-il du secret médical ?
Libertés carcérales, enfermements psychiatriques**

34^e Journées de la SIP : « Border-line, états limites »
Du 30 septembre au 3 octobre 2015 à Saint-Malo



@borderline
@etatlimite



Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés

Les internes aussi peuvent adhérer

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



Prévoyance

- à partir de **7 €** / mois

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

Prévoyance & Santé

- à partir de **17 €** / mois

& bénéficier de remboursements frais de santé performants

Obtenez
un conseil
personnalisé

01 75 44 95 15

Appel non surtaxé

www.appa-asso.org

Flashez le QR Code



SOMMAIRE

QUELLE PSYCHIATRIE DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ MODERNE ?	4
LE SECRET MÉDICAL DANS LE PROJET DE LOI RELATIF A LA SANTÉ	8
ÉTHIQUE ET SECRET MÉDICAL	16
LIBERTÉS CARCÉRALES, ENFERMEMENTS PSYCHIATRIQUES	18
NOUVEAU BUREAU NATIONAL ET REPRÉSENTANTS SPH	33
34 ^e JOURNÉES DE LA SIP, « BORDER-LINE, ÉTATS LIMITES »	37

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.



LE SYNDICAT DES PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

QUELLE PSYCHIATRIE DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ MODERNE ?

Marc BÉTRÉMIEUX
Président du SPH

Nous avons tous essayé de suivre les différentes réécritures du projet de loi de santé porté par Mme la ministre Marisol Touraine, ses évolutions, ses multiples amendements et ce jusque dans les dernières heures.

Ce texte a commencé son parcours parlementaire, et fait l'objet d'une décision de procédure d'urgence à la demande de la ministre.

Le débat de la loi en séance publique, devenue entre-temps « de modernisation de notre système de santé », devrait achever une étape avec un vote solennel le mardi 14 avril 2015 à l'Assemblée Nationale avant de passer au Sénat.

La Stratégie nationale de santé

A été présentée en septembre 2013 par la ministre, avec pour ambition de définir un cadre à l'action publique pour la décennie à venir.

Je cite : « Il s'agit à la fois de faire enfin de la prévention une priorité, de combattre les injustices et les inégalités de santé et d'accès au système de soins, d'adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux mutations qui sont à l'œuvre, comme par exemple le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, l'exigence d'information, la proximité territoriale... ».

A l'issue de différents débats publics et dans les régions, le projet de loi de santé a été présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014.

Les psychiatres des hôpitaux se sont émus dès l'annonce de ce projet, du peu de place consacrée dans le texte à la psychiatrie et la santé mentale : un seul article dans un projet de loi qui en comprenait alors quarante sept, et sur moins de deux pages !

Le gouvernement ayant oublié les promesses du candidat Hollande en 2012 de faire aboutir une loi cadre de psychiatrie et de santé mentale, nous avons dû nous contenter en 2013 d'un début de réforme de la loi de 2011 et dans ce projet de santé d'un simple volet d'organisation !

Est-ce que ce volet allait réconcilier la psychiatrie avec les réformes ?

Est-ce que l'article 13 de la loi de santé pouvait concrétiser les attentes des usagers, familles et professionnels en termes d'organisation de la psychiatrie au sein de la santé mentale ?

Les annonces de la ministre de la Santé le 24 septembre 2014 à Saint Anne, faisant référence au « secteur de psychiatrie » ainsi qu'au rétablissement des chefs de secteurs que la loi HPST avait supprimés, pouvaient en effet présenter des avancées significatives.

Il fallait que cette reconnaissance affichée se traduise dans la clarification de plusieurs articles du projet de loi de santé.

Le projet de loi de modernisation du système de santé

Globalement, c'est une loi de santé publique qui comporte des orientations intéressantes concernant la santé de nos concitoyens et pour l'hôpital public.

Notamment, elle doit **restaurer le Service Public Hospitalier** qui avait été gommé par la loi HPST. Elle **rétablit la notion de Service** (de Secteur ?) comme facteur structurant de l'activité hospitalière, en laissant au pôle un rôle essentiellement médico-économique.

Elle oblige à revoir **le maillage territorial** qui peut être aujourd'hui inadapté aux besoins de la population et à la démographie des soignants, via les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Après le service territorial de santé au Public, place aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (Article 12)

Quelques points paraissaient essentiels dans la première version du projet comme le concept de service territorial de santé au public. Il a fait long feu et sa disparition a été annoncée le 13 mars 2015 par la ministre de la Santé car symbolisant aux yeux de la médecine libérale le contrôle des Agences Régionales de Santé.

Pour rappel, dans chacun des territoires, le service territorial de santé au public devait « concourir à la réalisation des objectifs du projet régional de santé et avait pour objet, par une meilleure coordination des acteurs intéressés, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. ».

Cet article 12 maintenant réécrit, a pour objet de « **promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de soins** ».

Seront créées des « **communautés professionnelles territoriales de santé** », outils « *à la main des professionnels de santé pour montrer qu'il n'y a pas de recherche d'étatisation de la médecine libérale* ».

La ministre a ainsi présenté le 18 mars 2015 en commission des affaires sociales les amendements spécifiques après l'article 12 :

Le rôle central du médecin généraliste est affirmé, tant au sein des équipes de soins primaires que dans le cadre des délégations de tâches.

L'équipe de soins primaires est ainsi définie comme « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes ».

La **structuration des parcours de santé et la coordination entre les acteurs** de premiers recours devant revenir aux généralistes. Ceux-ci seront chargés de coordonner les auxiliaires médicaux en pratique avancée.

Dans ses derniers amendements, le 18 mars, la ministre Marisol Touraine propose de « promouvoir les soins primaires et de favoriser les parcours de santé, sur la base des **communautés professionnelles territoriales de santé constituées des acteurs de premier et de deuxième recours ainsi que des acteurs médico-sociaux**. ».

« Elles doivent permettre de structurer les **parcours de santé**, notamment pour les patients atteints d'une maladie chronique, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. ».

Les secteurs de psychiatrie ont, depuis leur création, occupé **une place de soins primaires de premier recours ainsi que de second recours**. Ils ont également été à l'origine de multiples actions de prévention et d'accompagnements coordonnés.

L'accès direct et gratuit aux structures ambulatoires pour la totalité de la population, a permis le développement d'un dispositif de soins psychiatriques exemplaire pour l'ensemble des autres disciplines car connecté avec l'ensemble des professionnels de santé et du réseau de structures médico-sociales.

La politique de santé mentale, évolutions, amendements et réécritures de l'article 13

Le ministère a réécrit intégralement l'article 13 avant son passage à l'assemblée. Le gouvernement introduit la notion de projet territorial de santé mentale, il qualifie la psychiatrie de secteur de mission qui se décline de manière particulière pour les enfants et adolescents.

L'article 13 du projet de loi de santé dans sa première version se proposait de donner un cadre à une politique de santé mentale :

Il est précisé que **l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés et notamment les établissements autorisés en psychiatrie** contribuent à la **politique de santé mentale**.

Cette politique est mise en œuvre par **des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale**.

La politique de santé mentale avait été placée dans cette première version dans le cadre du « service territorial de santé au public » dont on a vu la disparition.

Elle est maintenant déclinée, dans l'amendement n°2217 du gouvernement en date du 27 mars 2015, selon 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 ».

Il est précisé dans l'exposé des motifs que « le présent amendement met en place, **en sus de la coordination organisée en proximité autour de la psychiatrie de secteur, une coordination de deuxième niveau nommée projet territorial** ».

Coordination de proximité

La mission de psychiatrie de secteur située « au sein de l'activité de psychiatrie » doit 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 et les communautés professionnelles de territoire ;

« 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. ».

Ce texte reprend le concept de mission de secteur qu'il globalise en le mettant au singulier plutôt que « d'activités » dont on critiquait le risque majeur de morcellement.

Nous rappelons que bien plus que la simple mise à disposition de moyens au sein d'un territoire, la sectorisation psychiatrique est un modèle thérapeutique, et ne peut être efficace que si les particularités de ses missions sont prises en compte dans son organisation :

- Mission de soutenir sur la durée la continuité des soins adaptée à la diversité et aux variations évolutives des troubles psychiques. Mais « la mission de psychiatrie de secteur » ne doit pas cliver d'un côté les soins ambulatoires dits de proximité et de l'autre, l'hospitalisation à laquelle de simples liens, fragiles, avec d'autres acteurs, permettrait d'avoir recours.
- Mission de favoriser la continuité relationnelle avec un patient, sa famille à partir d'une même équipe de soins et à toutes les étapes de la prise en charge de sa maladie, sans exclure la liberté de choix des usagers.
- Mission de rendre aisément accessibles et de manière cohérente plusieurs types de prise en charge pour répondre à la diversité des situations et à leur évolution. L'accessibilité aux soins en psychiatrie n'est pas limitée à la question de l'accessibilité géographique de territoire.
- Mission **d'assurer l'articulation avec les autres domaines** de la santé mentale liés aux besoins sociaux et sanitaires non psychiatriques.

Le secteur psychiatrique dans sa mission généraliste, doit véritablement lier, au sein d'un même dispositif de continuité relationnelle, coordonnée par un chef de secteur ayant autorité fonctionnelle, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

Il doit favoriser le développement de partenariats intersectoriels ou supra sectoriels pour des prises en charge spécifiques, en structurant les liens avec les acteurs de santé mentale du territoire défini.

Le directeur général de l'agence régionale de santé devra désigner, *parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et « assurant le service public hospitalier » ceux d'entre eux qui assurent la psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents.*

Il devra leur affecter une **zone d'intervention**, afin que l'ensemble de la région soit couvert.

Le texte fait bien référence aux établissements chargés de la mission de psychiatrie de secteur sur une zone d'intervention, et non à une remise en place des secteurs.

Alors libre aux établissements d'organiser la réponse en soins psychiatriques sur une zone ? Est-ce que cela se fera sur la base des services dont le rétablissement fait également partie du projet de loi ?

« Chaque établissement détermine dans le projet d'établissement .../..., les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée. ».

Il n'y a là plus d'ambiguïté, ce n'est pas le projet médical mais bien le projet d'établissement déterminé par le directeur qui définira à partir de chaque établissement les modalités d'organisations et le contour des équipes.

L'amendement précise que la psychiatrie de secteur est « assurée par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire ».

La reconnaissance de la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?

Dans la dernière proposition une phrase fait état des spécificités de la psychiatrie infanto-juvénile :

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

Est-ce que cette ligne suffira à modifier les orientations évoquées depuis quelques années par les pouvoirs publics sur le découpage de la spécialité entre sanitaire et médico-social, ce dont le rapport Couty s'était fait l'écho ?

Coordination de deuxième niveau, le Projet Territorial de Santé Mentale

Le Gouvernement explique dans l'exposé des motifs que « *le présent amendement met en place, en sus de la coordination organisée en proximité autour de la psychiatrie de secteur, une coordination de deuxième niveau nommée **projet territorial*** ».

Le texte crée « *l'obligation pour les projets territoriaux d'organiser un ensemble de dispositifs et services permettant de garantir aux personnes concernées l'accès à tous les soins que leur état de santé requiert et à l'accompagnement adapté à leur situation sociale, en répondant à des thématiques prioritaires déterminées par voie réglementaire (insertion des personnes handicapées psychiques, réponses aux troubles addictifs par exemple).* ».

L'amendement prévoit que les établissements signataires d'un même contrat territorial de santé peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la mise en œuvre d'un projet médical commun. L'amendement intègre également la contribution des conseils locaux de santé (mentale) dans l'élaboration des diagnostics et projets territoriaux.

La question essentielle de ces nouveaux dispositifs est celle du pilotage. Est-ce que cela se fera à partir des professionnels et des projets médicaux, mais coordonnés par qui ? ou sur l'injonction des différents hôpitaux et de leur directeurs sur la base de modèles d'économies d'échelles et de regroupements ? ou enfin sur décision descendante des ARS ?

Enfin, des imprécisions ou ambiguïtés doivent être levées sur d'autres sujets tels que la participation obligatoire de la psychiatrie à des GHT non spécifiques.

Les Groupements Hospitaliers de Territoire GHT (article 27)

La ministre précisait à l'automne que cet « *article vise à conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée avec obligation d'adhésion à un groupement hospitalier de territoire.* ».

« *Ces groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui se substituent aux communautés hospitalières, sont responsables de l'élaboration d'un projet médical unique entre les établissements publics de santé d'un même territoire, dans le cadre d'une approche orientée vers la réponse aux besoins de santé de la population et pas seulement de coordination de l'offre de soins.* ».

La lecture de l'amendement gouvernemental concernant les GHT a de quoi nous inquiéter. Nous qui avons imaginé des GHT constitués autour d'un projet médical commun, porté par les équipes médicales et validé par une Commission Médicale d'Etablissement commune !

Il n'est maintenant nullement question de CME commune, mais de "comité stratégique" constitué de directeurs, de présidents de CME et de directeurs des soins. Par contre, le « projet médical partagé » doit être dans la convention constitutive, alors comment est-il élaboré ? Par ce « comité stratégique » ?

Aucune chance qu'un projet médical conçu dans le cadre d'un « comité stratégique » ne rencontre l'adhésion des équipes médicales de terrain. C'est la raison même de l'échec des Communauté Hospitalière de Territoire qui restent très souvent des coquilles vides.

Le projet médical des GHT doit être élaboré dans le cadre d'une CME commune.

Les spécificités de la psychiatrie rendent impératif à tout établissement gérant un secteur de psychiatrie de pouvoir participer à plusieurs GHT dont au moins un de psychiatrie et de santé mentale.

Il faut penser la possibilité d'une organisation de la psychiatrie et la santé mentale sur un même territoire permettant une véritable politique déclinant des dispositifs sectoriels, intersectoriels, supra sectoriels. Ces dispositifs de soins doivent pouvoir associer, au gré des territoires, divers types d'établissements EPSM, Hôpitaux généraux, CHU, établissements médico-sociaux, ESPIC, ...

Nous avons dit à l'époque l'intérêt de penser à un cadre juridique commun pour la psychiatrie et la santé mentale de type Groupement de Coopération Sanitaire Etablissement, cela semble toujours d'actualité.

LE SECRET MÉDICAL DANS LE PROJET DE LOI RELATIF A LA SANTÉ



De son abrogation comme symptôme de l'extension de l'abolition des repères

Michel DAVID

*Praticien hospitalier – Psychiatre des Hôpitaux
Bureau national du SPH, secrétariat à la psychiatrie en milieu pénitentiaire
Président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire*

« L'indécence de l'époque ne provient pas d'un excès, mais d'un déficit de frontières. Il n'y a plus de limites à parce qu'il n'y a plus de limites entre. Les affaires publiques et les intérêts privés. Entre le citoyen et l'individu, le nous et le moi-je. Entre l'être et son paraître. Entre la banque et le casino. Entre l'info et la pub. Entre l'école, d'un côté, les croyances et les intérêts, de l'autre. Entre l'État et les lobbies. Le vestiaire et la pelouse. La chambre et le bureau du chef de l'État. Et ainsi de suite. Conflits d'intérêts et liaisons dangereuses résultent d'une confusion des sphères. ».
Régis Debray, *Éloge des frontières*, nrf, Gallimard, 2010.

Préambule

Le projet de loi de santé propose une modification profonde du secret médical avec une possibilité étendue d'échanges d'information entre personnels sanitaires et non sanitaires. La suppression d'une frontière, qui devenait d'ailleurs de plus en plus poreuse ces dernières années, illustre bien l'évolution contemporaine d'une diffusion de données de toute nature sans limites et sans contrôles. Internet et les réseaux sociaux en sont les principaux vecteurs et posent bien des problèmes aux Pouvoirs publics, notamment quand il s'agit d'assurer la sécurité publique.

La dilution des informations, abolissant l'intimité et la confidentialité, accompagnent des organisations à venir qui posent également la question des limites. Il en est ainsi de la définition dans le projet de loi des équipes de soins ou de la possibilité de regrouper les hôpitaux (GHT). Les systèmes d'information devront suivre ces regroupements et partager leurs données. Corrélativement, ces regroupements posent la question des différents niveaux de gouvernance administrative, médicale, informatique, etc.

Le secteur se confond avec des territoires aux limites floues, oubliant la définition du secteur psychiatrique comme une unité soignante extra et intra hospitalière sur une zone géographique à taille humaine et avec une gouvernance bien identifiée (le chef de secteur). Certains acteurs du champ psychiatrique souhaitent une évolution du secteur psychiatrique en secteur de santé mentale : *« La notion de « secteur », au sens de territoire (comme l'est le secteur de psychiatrie, qui, rappelons-le, n'a plus aujourd'hui de fondement juridique) ne figure pas. Nous demandons qu'elle soit introduite sous la dénomination de « secteur de santé mentale ». Le secteur ne sera donc plus le secteur de la seule psychiatrie, mais d'une part le territoire de proximité pour les soins et les accompagnements sociaux, d'autre part le territoire de coopération pour les acteurs de terrain du soin et de l'insertion. La coopération sera rendue « obligatoire » et cette réunion des partenaires sera dénommée « conseil local de santé mentale ». Les limites des « secteurs » seront fixées dans le schéma régional de santé »¹.*

Quant au concept de pôle, il rend la gouvernance distante des équipes, plus économique que porteuse d'une dynamique soignante.

Ces évolutions ont le « mérite » de répondre à une finalité managériale. En créant la confusion, la division est permise pour mieux régner. Un règne alors dérisoire. Le roi est nu, car il y a plutôt un désarroi collectif pour financer les dépenses de santé. En ayant le moins d'interlocuteurs possible (un chef, un seul à l'hôpital) ou bien en les multipliant à l'infini sous la bannière de la présumée démocratie sanitaire (avec les fameux conseils locaux de santé mentale) qui permettra de conviviales et d'interminables discussions, avec des interlocuteurs qui changeront tout le temps et nécessiteront de reprendre éternellement les mêmes questions et incompréhensions (Sisyphé), les financeurs auront les mains libres pour distribuer les chiches moyens comme ils le pourront.

L'abrogation du secret médical qui s'annonce est en phase avec ces évolutions sociétales. Cet écrit témoigne du chant du cygne.

1. Fédération d'aide à la santé Mentale, Croix-Marine, Agapsy. *Lettre aux adhérents*, 18 février 2015.

L'abrogation en marche du secret médical

Progressivement, au fur et à mesure de l'évolution de la réglementation, la rigueur du secret médical s'estompe. La complexité du droit, des textes, de la jurisprudence, l'évolution des pratiques professionnelles et des technologies, les exigences de la société s'opposent à l'injonction antique concise et sans ambiguïté rappelée à l'article 4 du Code de déontologie médicale qui impose au médecin de taire « *non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu entendu ou compris* »².

La première évolution notable dans le droit français récent relative au secret médical a eu lieu lors de la réforme du Code pénal de 1992. Antérieurement, l'article 378 prenait le secret médical comme modèle du secret professionnel (Tableau 1).

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 à 15000 F...

Tableau 1. Article 378 du Code pénal avant 1994 (extrait)

Son remplacement par l'article 226-13, très concis, a supprimé la référence paradigmatique médicale (Tableau 2).

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Tableau 2. Article 226-13 du Code pénal en vigueur

Toutefois, l'article L1110-4 du Code de la santé publique issu de la loi Kouchner du 4 mars 2002, reproduit dans le tableau 3 dans sa rédaction originelle, a rappelé avec précision que l'échange d'information nécessaire à la **prise en charge sanitaire** d'une personne était possible, avec son accord, mais se cantonnant aux **professionnels de santé**.

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Tableau 3. Article L1110-4. Rédaction originelle (loi 4 mars 2002)

L'actuel projet de loi relatif à la santé modifie l'article L1110-4 en supprimant la précision « professionnel de **santé** » et énonce qu'un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels s'ils participent tous à la prise en charge de la personne et que ces informations sont nécessaires à la coordination ou la continuité des soins ou de son suivi **médico-social** et **social** (Tableau 4). En somme, il s'agit de l'abandon de la référence aux professionnels de santé et l'extension d'échanges d'information au-delà de la prise en charge sanitaire, mais également pour les suivis médico-sociaux et sociaux.

2. Et phrase que personnellement je poursuis toujours de la manière suivante : « *et y compris de travers* ».

« I. - Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie, un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« II. - Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge à condition qu'ils participent tous à la prise en charge du patient et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social.

Tableau 4. Le secret médical dans le projet de loi de santé 2014/2015

Le milieu pénitentiaire est souvent annonciateur de mesures qui vont s'étendre ensuite au milieu ouvert. Le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale ainsi que la circulaire interministérielle n° DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 instituent la création des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) ayant comme mission d'étudier le parcours d'exécution des peines des personnes condamnées à laquelle les professionnels de santé sont fortement invités à participer, hors la présence bien entendu des personnes détenues concernées qui ne sont évidemment pas au centre de la question.

Le CNOM a clairement pris position dans son bulletin d'information n° 18 de juillet-août 2011 avec un dossier intitulé : « *Prisons : menace sur le secret médical* ». Il semble que son positionnement actuel sur le projet de loi soit malheureusement moins tranché, comme on le verra ci-après.

La section française de l'Observatoire international des prisons a déposé une requête en annulation de la circulaire précitée. Après que le ministère de la Justice a répondu à cette requête (RC 2013-0540), ainsi que le ministère de la Santé (réponse en date du 11 juin 2013), qui tous les deux argumentent pour le rejet de la requête, le Conseil d'État dans sa décision n° 362681 rejette (sans surprise)³ la requête de l'OIP avec une argumentation juridique qui s'appuie sur une succession de textes (lois ou décrets) qui « permettent un contournement » de l'application stricte du secret professionnel, sans pour autant citer les arguments en faveur du secret médical, comme le Code de déontologie médicale (en fait, argumentation à charge contre le secret médical).

Si l'article L.1110-4 du code de la santé publique est réformé dans le sens du projet de loi relatif à la santé, la porte est grande ouverte à une quasi-abrogation du secret médical, avec le risque d'une diffusion de données de santé personnelles aggravée du fait des NTIC, par exemple les logiciels GIDE puis GENESIS et le cahier électronique de liaison (CEL) en milieu pénitentiaire. Le CNOM s'était associé à la Ligue des droits de l'homme, le Syndicat des avocats de France et l'OIP pour déposer une requête auprès du Conseil d'État pour annuler le décret portant création de GIDE et procéder à la désinstallation du CEL et à la destruction des données qui y avaient été collectées. Le Conseil d'État dans sa décision n° 352473 a rejeté ces requêtes toujours en s'appuyant sur la réglementation existante. Deux associations de soignants intervenant en prison, l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) et l'Association des Professionnels de Santé exerçant en Prison (APSEP) ont rédigé un communiqué le 13 février 2015 interpellant sur les risques du logiciel GENESIS⁴. Le CNOM a répondu rapidement le 26 février en signalant qu'il avait déposé un recours devant le Conseil d'État tendant à annuler les dispositions du décret n° 2014-558 du 30 mai 2014 instituant GENESIS. Intéressant, mais si l'argumentation du Conseil d'État suit la même argumentation que lors des recours suivants, alors...

En ce qui concerne le projet de loi de santé, le CNOM, dans sa délibération en session exceptionnelle du 6 novembre 2014 relative au projet de loi de santé dans sa considération n° 12 (Tableau 5), ne s'oppose pas clairement sur cette évolution.

3. Le Conseil d'État ne peut se déjuger puisqu'en général, il a approuvé les textes précédents qui ont permis la circulaire.

4. À retrouver sur le site du SPH : <http://www.sphweb.info/spip.php?article1032>

Numéro 12. La qualité de ces services impose que les informations nécessaires à la continuité des parcours de soins, tant dans les secteurs de l'hospitalisation que dans le secteur ambulatoire et entre ces deux secteurs, puissent être échangées ou partagées selon les cas entre les professionnels qui constituent d'une part l'équipe de soins et d'autre part l'équipe médico-sociale lorsque cela est nécessaire. Ces échanges et ces partages doivent, d'une part, respecter impérativement la volonté librement exprimée du patient et, d'autre part, garantir le caractère secret des informations qui ne doivent pas être accessibles en dehors de ces équipes de professionnels autorisés par le patient.

Tableau 5. La position du CNOM sur l'évolution du secret médical dans le projet de loi

Certes, le CNOM évoque le *strict nécessaire* ou la *volonté librement exprimée* du patient, mais définir le « **strictement nécessaire** » est d'une complexité redoutable et ouvre à toutes les interprétations et tous les malentendus possibles et imaginables. Il en est de même de la volonté librement exprimée du patient. Une personne détenue pourra accepter une large diffusion des données de santé qui la concernera tant que sa liberté est en jeu. Son consentement n'est pas libre et éclairé. Il en est déjà ainsi dans les soins pénalement ordonnés : obligations et injonctions de soins. Dans le milieu « libre », il en est de même dans une certaine mesure dans les programmes de soin de la loi du 5 juillet 2011. Pour pouvoir donner un consentement éclairé, il faut aussi connaître ses droits, ce qui représente une difficulté supplémentaire pour de nombreuses personnes vulnérables.

Le projet de loi pose le principe d'un échange d'informations, mais quelles seront les conditions et des modalités de mise en œuvre de l'échange et du partage d'informations entre professionnels de santé et non professionnels de santé qui seront prises par un décret en Conseil d'État (art. 25, I. 1°, c), VI) ? À quoi faut-il s'attendre ? En somme, les parlementaires votent un principe sans connaître précisément la portée de l'échange d'informations. Méthode étonnante. Un chèque en blanc.

Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Tableau 6. Précisions des échanges d'informations prises ultérieurement

En outre, que représente un consentement préalable au partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins recueilli de manière dématérialisée ? C'est-à-dire sans relations interpersonnelles, mais uniquement par le biais d'un ordinateur ? Des droits formels satisfaisant les standards européens juridiques, mais d'application quasi impossible et peu contrôlable. Juste une case à cocher sans lire un texte comme les « contrats » internet.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Tableau 7. Recueil du consentement art. 25, I. 1°, a), IV)

La question du consentement se retrouve aussi dans les modalités d'hébergement auxquelles pourra s'opposer l'utilisateur. Pour des **motifs légitimes**. Quels sont les motifs légitimes ? Qui en décide la légitimité ? Comment sera-t-il informé ? De manière aussi dématérialisée ? Et dans la complexité de ces situations, qu'en comprendra vraiment l'utilisateur ? Encore de la théorie si éloignée de la vie quotidienne... (Tableau 8).

Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic ou de soins pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil desdites données ou pour le compte du patient lui-même doit être agréée à cet effet. Cet hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne concernée en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime.

Tableau 8. L'hébergement des données de santé

Les œcuméniques équipes de soins

La définition de l'équipe de soins est prévue à l'article L.1110-12. Jusqu'où ira-t-elle ? Le texte permet une définition très large (Tableau 9). Le médecin, grand seigneur, se voit attribuer le pouvoir d'adoubé toute personne (sans référence à une quelconque compétence ou formation professionnelle) comme membre de l'équipe de soins. Retour du paternalisme médical. Et de nouveau, un chèque en blanc avec les organisations dont les *pratiques seront conformes à un cahier des charges* fixé par le ministère de la Santé. Au vu de l'évolution de la situation économique, des projets de transferts de compétence, de la tentation de diminuer les coûts des professionnels, la déqualification est à craindre⁵. Ces définitions imprécises et ces possibilités de composition très larges des équipes de soins illustrent de manière criante le flou qui est en train de se mettre en place dans l'organisation sanitaire du pays.

Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination, et qui :

- 1° Soit exercent dans le même établissement de santé, ou dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- 2° Soit se sont vu reconnaître comme ayant la qualité de membre de l'équipe de soins par un médecin auquel le patient a confié la responsabilité de la coordination de sa prise en charge ;
- 3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Tableau 9. L'équipe de soins dans le projet de loi de santé 2014/2015 (art. L.1110-12)

Du secret, de la confidentialité, de l'intimité et des NTIC

La place du secret, de la confidentialité et de l'intimité dans notre société font partie de l'actualité quasi quotidienne. L'intimité est mise à mal de multiples façons dans les différents avatars du secret professionnel ou dans d'autres situations médiatiques :

- Le secret de l'instruction (Tableau 10), souvent suspect de transgression par des magistrats ou des policiers aux plus hautes fonctions.
- Le secret fiscal (Tableau 11).
- La confidentialité des communications téléphoniques et notamment des relations entre un client et son avocat (personne n'a oublié Paul Bismuth).
- L'intimité de la vie privée des plus hauts responsables de l'État ou des parlementaires dont les modalités d'accès à la connaissance de leur patrimoine par les citoyens ont fait largement débat récemment⁶.
- Le secret de la confession est soumis aussi aux exceptions prévues dans le Code pénal⁷ (Tableau 12).
- Les missions prévues dans la loi n° 2007-1545 du 30 octobre instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté ont été étendues par la loi n° 2014-528 du 26 mai 2014 et permettent aux médecins du contrôle général d'accéder au dossier du patient avec ou sans son accord (Tableau 13).
- Les exhibitionnistes des reality shows, et les people à la vie tumultueuse sous les feux de la rampe à celle plus redoutée des taulards dans l'ombre des prisons qui ne peuvent se cacher du panoptisme pénitentiaire qu'il soit l'œil du surveillant ou le logiciel pénitentiaire totalitaire GENESIS⁸.
- Les puces cachées dans les ordinateurs⁹ ou sous la peau des employés d'une entreprise en Suède¹⁰,
- Enfin toutes les données de santé pourront être agrégées. On ne sait comment elles pourront rester confidentielles avec les moyens informatiques modernes.

5. Le transfert des moyens du sanitaire vers le médico-social est un des moyens de diminuer ces coûts.

6. Décret n° 2013-1212 du 23 décembre 2013 relatif aux déclarations de situation patrimoniale et déclarations d'intérêts adressées à la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.

7. LEVEBVRE-FILLEAU JP. Le secret de la confession dans le droit pénal français.
http://www.apostolia.eu/fr/articol_1053/le-secret-de-la-confession-dans-le-droit-penal-francais.html

8. Décret n° 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS.

9. <http://www.zdnet.fr/actualites/superfish-premiere-plainte-contre-lenovo-39815148.htm>

10. <http://www.lenouvelliste.ch/fr/monde/suede-des-puces-implantees-sous-la-peau-d-employes-481-1410568>

Sauf dans le cas où la loi en dispose autrement et sans préjudice des droits de la défense, la procédure au cours de l'enquête et de l'instruction est secrète.

Toute personne qui concourt à cette procédure est tenue au secret professionnel dans les conditions et sous les peines des articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

Toutefois, afin d'éviter la propagation d'informations parcellaires ou inexactes ou pour mettre fin à un trouble à l'ordre public, le procureur de la République peut, d'office et à la demande de la juridiction d'instruction ou des parties, rendre publics des éléments objectifs tirés de la procédure ne comportant aucune appréciation sur le bien-fondé des charges retenues contre les personnes mises en cause.

Tableau 10. Le secret de l'instruction. Article 11 du Code de procédure pénale

L'obligation du secret professionnel, telle qu'elle est définie aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal, s'applique à toutes les personnes appelées à l'occasion de leurs fonctions ou attributions à intervenir dans l'assiette, le contrôle, le recouvrement ou le contentieux des impôts, droits, taxes et redevances prévus au code général des impôts. Le secret s'étend à toutes les informations recueillies à l'occasion de ces opérations. Pour les informations recueillies à l'occasion d'un examen contradictoire de la situation fiscale personnelle, l'obligation du secret professionnel nécessaire au respect de la vie privée s'impose au vérificateur à l'égard de toutes personnes autres que celles ayant, par leurs fonctions, à connaître du dossier.

Tableau 11. Le secret fiscal. Article L103 du Livre des procédures fiscales

Les récentes dispositions législatives, jurisprudentielles et réglementaires évoquées supra ont incontestablement relativisé, en France, le secret professionnel des clercs. Dorénavant, tous les confesseurs peuvent faire l'objet de poursuites judiciaires si les faits qui leur seraient reprochés entrent dans le champ d'application de la circulaire des Affaires criminelles et des Grâces, en date du 11 août 2004.

Tableau 12. Le secret de la confession

Les informations couvertes par le secret médical peuvent être communiquées, avec l'accord de la personne concernée, aux contrôleurs ayant la qualité de médecin. Toutefois, les informations couvertes par le secret médical peuvent leur être communiquées sans le consentement de la personne concernée lorsqu'elles sont relatives à des privations, sévices et violences physiques, sexuelles ou psychiques commis sur un mineur ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

Tableau 13. Extension des missions du CGLPL

Les potentialités illimitées des NTIC méconnues de personne permettent la compilation des métadonnées infinies (big data). Elles devraient nous alerter et nous inciter à renforcer notre vigilance. Plutôt que de faciliter la transmission d'informations en promulguant des lois impudiques, « incestuelles », les citoyens devraient exiger des pouvoirs publics l'assurance qu'un des premiers articles du Code civil ne devienne plus bientôt qu'un vague souvenir ou une jolie déclaration de principes (Tableau 14).

Chacun a droit au respect de sa vie privée.

Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé.

Tableau 14. Article 9 du Code civil. Le respect de la vie privée

Ou comment l'abrogation du secret médical est devenue la règle au bénéfice d'une obsession sécuritaire et annonce des changements de société

Du 9 au 13 février 2015 s'est tenu un étrange et stupéfiant procès d'Assises à Rennes¹¹. La personne accusée avait fait l'objet d'un non-lieu psychiatrique pour abolition du discernement après le meurtre de son amie en 1998. Il a été ensuite hospitalisé longuement en psychiatrie. Mais une dizaine d'années plus tard, un des psychiatres hospitaliers qui en avaient la responsabilité médicale a la conviction que le patient n'est pas schizophrène et qu'il simule. Il écrit au procureur de la République en considérant que l'abolition du discernement au moment des faits était erronée et que ce constat constituait un fait nouveau susceptible de rouvrir l'enquête. Ce qui fut fait. Pendant le procès, le psychiatre « révélateur », non-expert au procès, exposa pendant deux heures la situation médicale de l'accusé, faisant fi du secret médical. La Justice ne s'en offusqua pas, semble-t-il. La personne accusée a été reconnue coupable et condamnée à 10 ans de prison et semble ne pas vouloir faire appel préférant retourner en prison (où elle est soignée d'ailleurs) plutôt qu'en hôpital psychiatrique. Cela en dit long sur l'état de la psychiatrie. Lors son audition auprès de la mission d'information sur « *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* » rapportée par le député Denys Robiliard, le président du SPH, Jean-Claude Pénocet, interrogé sur l'augmentation du recours à la contention en psychiatrie disant sans langue de bois que « *La contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention est utilisée* »¹².

Un non-lieu pour abolition du discernement n'est donc pas un fait définitivement acquis et peut être remis en cause à tout moment. Cela ouvre bien des perspectives...

Cette affaire devra être épluchée dans les plus menus détails pour en tirer toutes les conséquences et très largement :

- Sur le plan juridique ;
- Sur le plan du secret médical ;
- Sur les plans éthiques et déontologiques ;
- Sur le rôle du Conseil national de l'Ordre des médecins ;
- Sur le rôle des organisations professionnelles et des sociétés savantes ;
- Sur le plan expertal ;
- Sur le plan des prises en charge psychiatriques successives ;
- Sur le plan des décisions préfectorales et judiciaires de confirmation des hospitalisations d'office, puis SPDRE ;
- etc.

Conclusion

Les frontières se diluent. La confusion va s'installer. Les gouvernances seront impossibles. Les informations médicales auront bien du mal à être sanctuarisées et seront aussi peu contrôlables que l'est internet. Face à la complexité de l'organisation globale, les usagers et les professionnels n'auront pas besoin d'un discernement altéré pour ne pas comprendre son fonctionnement. Impossible de consentir en dépit d'une information supposée claire et loyale. Le consentement à la diffusion ou non d'information s'alignera au dispositif en place sur internet : on cochera une case d'acceptation après avoir fait défiler un long texte qui ne sera pas lu.

Il aurait été intéressant de connaître les lobbies qui ont demandé le partage d'information et quels éléments seraient en déficit de partage. Pour le milieu pénitentiaire, la demande est limpide et sans ambiguïtés. Les informations qui seraient susceptibles d'être partagées entre soignants et justice, largement détaillées dans le guide méthodologique de 2012, cachent les deux seuls points à tonalité divinatoire qui intéressent vraiment la pénitentiaire et la justice : l'individu est-il **dangereux** ou va-t-il se **suicider** ?

11. <http://www.ouest-france.fr/justice-declare-fou-durant-dix-ans-il-sera-juge-aux-assises-rennes-3133841>

http://www.rennes.maville.com/actu/actudet_rennes-declare-fou-durant-dix-ans-il-sera-juge-aux-assises_54135-2713209_actu.Htm

<http://www.ouest-france.fr/meurtre-rennes-le-marin-pecheur-condamne-dix-ans-de-reclusion-3187409>

12. Assemblée nationale. Rapport d'information n° 1162. Santé mentale : quand la démocratie soigne. Commission des affaires sociales. Président : Jean-Pierre Barbier. Rapporteur : Denys Robiliard. Décembre 2013. Documents d'information. www.assemblee-nationale.fr.

En milieu ouvert, le principe du partage d'information concerne, outre ces deux points¹³, une volonté de rationalisation économique. Il semble attendu une meilleure communication entre professionnels (supposée défaillante) dans une optique d'organisation plus rationnelle et plus soucieuse des deniers publics. Peu importe le principe obsolète de la confidentialité des informations médicales et du respect de l'intimité. Peu importe le parasitage opéré dans la relation thérapeutique quand la confiance disparaît, le doute s'installe et la méfiance s'instille dans les esprits¹⁴. Ces objections ne sont finalement que lubies de psychiatres ou de psychologues idéalistes¹⁵.

Les frontières permettent une porosité contrôlée et partiellement contrôlable, avec des échanges réfléchis. L'abolition des frontières peut conduire à reconstruire des murs qui au mieux bloquent les communications ou au pire attisent les conflits. L'abrogation du secret professionnel semble être programmée pour 2015. À quels conflits, confusions et désordres va-t-elle conduire ?

Quant au Conseil national de l'Ordre des médecins, il semble avoir déjà prévu une révision du Code de déontologie médicale, renonçant à des siècles de prestations sacramentelles : « *Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* »¹⁶.

Changement d'époque. La discrétion, un terme obscène.

13. D'où une tentative dans la réforme pénale, non adoptée finalement, de communiquer des expertises psychiatriques, dans la société civile à la libération de personnes détenues.

14. Tout particulièrement dans l'univers carcéral infiltré de « paranoïa » et d'absence d'intimité.

15. L'absence de capacité à faire psychiquement des corrélations entre ce qu'expérimente le personnel politique dans sa vie professionnelle et politique et les dispositions qu'il adopte est déroutante : l'intrusion dans la vie privée leur est plutôt désagréable.

16. Serment d'Hippocrate. Traduction Émile Littré. Hippocrate, Œuvres complètes. Tome II, association médicale d'action culturelle et artistique, 1983.

ÉTHIQUE ET SECRET MÉDICAL

Bruno TOURNAIRE-BACCHINI

*Psychiatre, Praticien hospitalier
Conseil d'administration de la SIP*

Mon cher Marc,

Je suis descendu ce matin chez mon médecin Hermogène, qui vient de rentrer à la Villa après un assez long voyage en Asie. L'examen devait se faire à jeun : nous avons pris rendez-vous pour les premières heures de la matinée. Je me suis couché sur un lit après m'être dépouillé de mon manteau et de ma tunique. Je t'épargne des détails qui te seraient aussi désagréables qu'à moi-même, et la description du corps d'un homme qui avance en âge et s'apprête à mourir d'une hydropisie du cœur. Disons seulement que j'ai toussé, respiré, et retenu mon souffle selon les indications d'Hermogène, alarmé malgré lui par les progrès si rapides du mal, et prêt à en rejeter le blâme sur le jeune lollas qui m'a soigné en son absence. Il est difficile de rester empereur en présence d'un médecin, et difficile aussi de garder sa qualité d'homme. L'œil du praticien ne voyait en moi qu'un monceau d'humeurs, triste amalgame de lymphe et de sang.

Il me fallait mettre à préparer mon suicide les mêmes précautions qu'un assassin à monter son coup. (...)

J'avais la plus entière confiance en lollas, jeune médecin d'Alexandrie qu'Hermogène s'était choisi l'éché dernier comme substitut durant son absence. Nous causions ensemble : je me plaisais à échafauder avec lui des hypothèses sur la nature et l'origine des choses ; j'aimais cet esprit hardi et rêveur, et le feu sombre de ses yeux cernés. Je savais qu'il avait retrouvé au palais d'Alexandrie la formule de poisons extrêmement subtils combinés jadis par les chimistes de Cléopâtre. L'examen de candidats à la chaire de médecine que je viens de fonder à l'Odéon me servit d'excuse pour éloigner Hermogène pendant quelques heures, m'offrant ainsi l'occasion d'un entretien secret avec lollas. Il me comprit à demi-mot ; il me plaignait ; il ne pouvait que me donner raison. Mais son serment hippocratique lui interdisait de dispenser à un malade une drogue nocive, sous quelque prétexte que ce fût ; il refusa, raidi dans son honneur de médecin. J'insistai ; j'exigeai ; j'employai tous les moyens pour essayer de l'apitoyer ou de le corrompre ; ce sera le dernier homme que j'ai supplié. Vaincu, il me promit d'aller chercher la dose de poison. Je l'attendis vainement jusqu'au soir. Tard dans la nuit, j'appris avec horreur qu'on venait de le trouver mort dans son laboratoire, une fiole de verre entre les mains. Ce cœur pur de tout compromis avait trouvé ce moyen de rester fidèle à son serment sans rien me refuser.

Marguerite Yourcenar, *Mémoires d'Hadrien*, Gallimard, 1974

Proposer ces deux extraits des *Mémoires d'Hadrien* pour introduire à une réflexion sur le secret et l'éthique en médecine, c'est en rappeler d'emblée le fondement hippocratique : notre pratique s'inscrit dans une histoire et une transmission remontant au moins à l'Antiquité grecque via l'empire romain, à quoi s'ajoutent, entre autres, l'apport de la médecine du monde musulman et l'influence du christianisme.

Le premier texte illustre l'importance de distinguer le secret médical de l'ensemble des secrets professionnels. Dans le roman de Marguerite Yourcenar (une lettre fictive d'Hadrien à son petit-fils adoptif, le futur Marc-Aurèle), l'empereur divinisé éprouve qu'il est livré dans sa fragilité et sa misère corporelle au regard clinique du praticien. L'exercice de la médecine impose en effet un accès exorbitant à l'intimité de la personne et rend nécessaire un pacte de confidentialité. Aucune clinique ne peut s'admettre sans ce pacte tacite, en dehors du contexte de l'expertise ou de dérogations prévues par la loi (empêcher un crime sur le point de se commettre, protéger un mineur ou une personne en état de faiblesse). Ceci rapproche secret médical, secret de l'avocat ou du psychanalyste et secret de la confession dans le rite catholique, chaque fois qu'il y a nécessité et légitimité

à connaître le plus intime du corps ou de la conscience. En France, l'existence juridique du secret médical est aujourd'hui établie par la loi du 4 mars 2002, et depuis 2011 la charte européenne d'éthique médicale en décrit les principaux aspects. Partager le secret médical avec des pairs et d'autres professionnels d'une même équipe peut se justifier dans l'intérêt même de la personne soignée, mais comment accepter la notion oxymorique de *secret partagé*, face aux intérêts divers de la santé publique, des services sociaux, des employeurs, des assurances, des autorités administratives et judiciaires ? Ici trouvent toute leur place les aspects prudents et déontologiques de l'éthique médicale, fondés par l'enseignement hippocratique.

Sans théodicée, il n'existe pas de fondement unique à la morale (cf. Larmore), mais trois principes, qui parfois s'opposent par des exigences à la fois catégoriques et contradictoires : un principe déontologique (ne pas faire certaines choses à autrui), un principe conséquentialiste (faire ce qui produira globalement le plus grand bien possible) et un principe de partialité, non catégorique (avoir des buts personnels légitimes, comme l'amitié, et faire primer le bien sur le juste). Le second extrait des *Mémoires d'Hadrien* donne l'exemple d'un conflit moral entre deux exigences déontologiques. Pris entre le devoir impérieux de ne pas désobéir à son empereur, dont la philosophie stoïcienne admet le suicide, et l'exigence tout aussi impérieuse d'être fidèle à son serment de médecin, l'empereur ne trouve d'autre issue que la mort. Il n'y a pas toujours de solution élégante à certains conflits entre ces principes (ou au sein d'un même principe), conflits qui relèvent selon les cas d'une délibération intérieure ou partagée : c'est ce qui manque ici au jeune médecin en l'absence d'Hermogène. Parfois, on ne peut décider du principe qui doit l'emporter, alors même qu'il y a urgence à agir, et il faut alors se résoudre à s'abstenir par un *non possumus*.

Référence : Charles LARMORE, *Modernité et morale*, PUF, 1993

LIBERTÉS CARCÉRALES, ENFERMEMENTS PSYCHIATRIQUES

Regards croisés, chemins croissables ?

Michel DAVID

Psychiatre des Hôpitaux

Président de l'ASPMP

Bureau national du SPH, secrétariat à la psychiatrie en milieu pénitentiaire



Communication présentée au 6^e colloque soignant de l'EPSAN, Brumath

« Liberté d'aller et venir »

20 et 21 novembre 2014

Comment concevoir passé toute sa vie, et ce dès 22 ans, entre des murs qui vont se rapprocher de plus en plus avec le temps ; l'arbitraire du monde carcéral, les envies suicidaires qui vont se succéder, les fouilles à corps, les coups, les insultes, les frustrations, les humiliations, l'avalissement, les haines qui s'accroissent, les chaînes, les mitards, les humeurs des gardiens, leur besoin de se satisfaire sur nous, leur sarcasme, leur provocation, les conflits avec les autres détenus, les mensonges, l'hypocrisie et dissimulation en tout genre, la parano, sa misère et celle des autres, les odeurs, les bruits étouffés, les rires, les pleurs, la folie qui guette, la libido qui fout le camp, la masturbation, la bouffe, les maladies, le morbide, les tentations, les cauchemars, les nuits blanches, les déceptions ; les amitiés balourdes, les trahisons, l'indifférence amplifiée, l'ostracisme, le racisme des matons et des détenus, la peur au ventre, la honte, les envies de chier, le mal de dents, les maux de tête, les cachet, la pète, la déraison, l'abandon, l'oubli de ce qu'on a été, la méchanceté des pauvres, les revanches avortées, les colères, les punitions, l'infantilisation, l'irresponsabilité, l'assistanat, l'enracinement végétal, les balades en fourgon, les menottes, les instructions, le jugement, les bagarres, l'accusation, les idées morbides, les cent mille pas, les regards indiscrets, les illusions d'évasion, le soir, la nuit, la pénombre... L'attente. Combien de sensations ai-je oubliées ?

Joël¹⁷

PRÉAMBULE

Comme il se doit maintenant avant une communication, il faut faire état d'une situation qui est bien caractéristique de notre époque et qui est souvent pour moi une cause d'irritation. Pourtant, cette obligation ne m'est pas imposée par les organisateurs, et par souci de contradiction ou par névrose, je vais m'y soumettre. Il s'agit de déclarer ces éventuels conflits d'intérêts. Les conflits, le manque de confiance, la transparence sont des obsessions contemporaines. Je vais en fait plutôt déclarer mes « partages » d'intérêt relatifs à la liberté d'aller et venir. Mes engagements associatifs (présidences de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire/ASPMP et de la Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales/Socapsyleg) et syndicaux (membre du bureau national du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux/SPH) en charge du secrétariat à la psychiatrie en milieu pénitentiaire) représentent surtout un intérêt institutionnel à soutenir selon les contextes la liberté d'aller et venir.

Toutefois, il existe quand même des conflits d'intérêts. Exercer la profession de psychiatre est substantiellement en conflit avec la liberté d'aller et venir puisque les psychiatres font partie des rares professions qui ont le pouvoir de priver de liberté une personne. Et le conflit d'intérêts s'aggrave quand en plus le psychiatre exerce en prison...

Une fois, le décor posé, j'en viens à la proposition des organisateurs d'une communication croisant les parcours carcéraux et psychiatriques qui m'a paru être une terrible gageure et le reste. Toutefois, le « hasard » de mon parcours professionnel récent me facilite un peu la tâche. Après dix ans d'exercice en SMPR dans un centre pénitentiaire, j'exerce depuis trois ans dans une unité fermée d'un hôpital psychiatrique accueillant des patients en soins libres ou sans consentement tout en poursuivant une activité de consultation en maison d'arrêt.

Je suis donc exposé à une confrontation permanente entre les privations de liberté carcérales et psychiatriques ; à l'intervention des juges dans les deux situations et parfois le même : le JLD. ; aux rôles des avocats et à tous

17. Toutes les citations avant les paragraphes sont issues de Paroles de détenus, Libro n° 245, Flammarion, Paris, 1998

les épiphénomènes qui les accompagnent (dont le financement) ; aux espoirs d'une liberté à retrouver comme les déceptions quand la décision du juge que le patient considérait comme le garant des libertés ne devient que celle de celui qui confirme une « détention » même si elle n'est que psychiatrique ; aux arbitraires des protocoles sécuriphiles à l'appétence démesurée pour un pointillisme exaspérant ; à la relation à la temporalité très différente entre prison et hôpital ; à une relation à l'espace parfois similaire parfois très différente et pas dans le sens qu'on pourrait le croire de prime abord ; à l'encadrement des relations familiales ; à la « clinique » du discernement et aux pièges de l'appréciation du consentement (rarement libre et éclairé) ; aux représentations différentes que nous avons tous de la liberté, des contraintes notamment celles que nous impose la liberté d'écrire : certificats, attestations et à l'absence de confidentialité et à l'abrasion progressive du secret professionnel.

Mais avant d'évoquer quelques-uns parmi ces points, je vais vous relater une situation clinique, que certains d'entre vous connaissent peut-être, et qui n'est à l'honneur ni de la psychiatrie ni des exigences éthiques de notre société. Cette dramatique situation - il y a au moins un mort - est assez exemplaire des chemins croisables entre prison et hôpital psychiatrique, tout en posant la question des droits de l'homme telle qu'elle est posée dans l'argumentaire des présentes journées et surtout du décalage entre les droits théoriques et leurs applications.

À minuit passé tes gémissements m'ont réveillé. Dans la pénombre de la cellule, aux murs de laquelle se projetait l'ombre des barreaux et du grillage, tu as fini par m'appeler au secours dans un râle faiblissant. Encore comateux de mon sommeil interrompu, je me suis levé et ai allumé pour découvrir avec horreur le carnage. Au travers du matelas de mousse, ton sang avait fini par filtrer et me couler dessus. Par réflexe, plus que par ressentiment, je t'ai engueulé, traité d'abruti parce que tu avais choisi la façon la plus lâche de mourir

Collectif Poissy, Le mode, 22 janvier 2000

L'histoire de monsieur G¹⁸

Ou comment être dépossédé de la liberté d'aller et venir

Quand le chemin de croix carcéral de monsieur G va commencer, et qui va durer de mai 2005 à septembre 2009, il est âgé de 31 ans, mais son parcours est déjà difficile depuis l'âge de 22 ans où ses hospitalisations en psychiatrie ont débuté pour hallucinations, propos délirants, conduites agressives et abus de toxiques et vie de SDF. Un diagnostic de schizophrénie est le plus souvent avancé.

En mai 2005, il se présente aux urgences de l'hôpital psychiatrique d'une grande ville en souhaitant être hospitalisé. Apparemment, sa démarche n'est pas accueillie comme il le souhaiterait et il se livre à des dégradations qui le conduisent non pas à l'hôpital, mais à la prison et pour lesquelles il sera condamné à douze mois d'emprisonnement, dont dix avec sursis. 1^{er} épisode de ces chemins croisables. Dès son placement au quartier « arrivant », il met le feu à son matelas et il « récidive » (ou rechute) trois mois après en mettant le feu de nouveau dans sa cellule. Son codétenu brûlé à 65 % mourra six mois plus tard. Il sera mis en examen d'abord pour destruction de biens ayant entraîné une ITT>8 j puis le chef d'inculpation sera aggravé, car les faits ont entraîné la mort. Interrogé sur les raisons de l'incendie, monsieur G avait déclaré qu'il « ne se souvenait pas dans quelles circonstances précises son matelas avait pris feu », qu'il « souffrait de schizophrénie, entendait des voix et voyait des choses bizarres, mais que, à présent, tout allait mieux » et déclara « je suis plus libre depuis qu'il y a eu le feu dans ma cellule, car tout est plus clair dans ma tête. Je peux dire que maintenant tout est calme ». Apaisement récent des patients psychotiques après un passage à l'acte. C'est tellement calme dans sa tête qu'il a rapidement été placé au SMPR. Il va alterner ensuite d'incessants passages entre hospitalisations en milieu psychiatrique ou placement au SMPR avec finalement de très rares moments en détention ordinaire, non adaptée à sa situation. Je ne vais pas vous laisser en égrainant ces allées et venues aussi inutiles que non thérapeutiques.

Que disent donc les experts psychiatres sollicités à diverses reprises. En janvier 2006, le Dr F. diagnostique « une personnalité schizoïde avec une attitude de repli et de désintérêt pour le monde extérieur. Il a besoin d'un suivi psychiatrique durable et soutenu. Pendant l'incarcération, il est préférable qu'il soit hospitalisé dans une unité de soins comme le SMPR où il est actuellement ». Deux autres expertises réalisées en février et juin 2006 concluent

18. <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-109218#%7B%22itemid%22:%7B%22001-109218%22%7D%7D>

à une psychose schizophrénique de type héboïdophrénique. L'une d'entre elles retient un discernement altéré au moment des faits, un sujet peu curable ou réadaptable, la nécessité de donner un traitement neuroleptique à fortes doses avec un suivi régulier voire en UMD. La deuxième refuse de faire un lien entre les faits et les troubles psychiques et ne se prononce ni pour l'altération ni pour l'abolition du discernement. Toutefois, monsieur G doit faire l'objet, y compris après sa libération, d'une prise en charge spécialisée.

Heureusement, l'avocat du prévenu est présent pour le soutenir, argumente l'inaccessibilité à la sanction pénale et demande une libération provisoire qui est refusée, car la détention met fin au trouble à l'ordre public (dont il faut noter que sa plus forte expression a été un incendie en détention avec mort d'homme...).

Fin 2007, un événement intéressant survient. Un surveillant sera condamné à 2 mois d'emprisonnement avec sursis pour une gifle donnée à monsieur G qui avait refusé d'être placé dans une cellule où une personne détenue avait mis le feu et ou une autre était suicidaire...

Fin 2008, devant comparaître devant la cour d'assises, la présidente demande une expertise pour apprécier son aptitude à comparaître. L'expert note que : « Depuis qu'il est incarcéré pour la présente affaire, il a apparemment bénéficié de cinq séjours psychiatriques, en hospitalisation d'office, par rapport à des moments de décompression anxio-dépressive à thème notamment persécutoire, et pour des séjours de décompression par rapport aux nombreux séjours qu'il a déjà effectués au SMPR. Il bénéficie du traitement suivant : Zyprexa 20mg, Tercian 370 gouttes, Rivotril 30 gouttes x 4, Lepticur x 1, Havlane x 1 (traitement antipsychotique atypique, anxiolytique sédatif, hypnotique, correcteur). Lors de l'examen, il s'est montré conscient, malgré l'importance de ses troubles, du fait qu'il allait prochainement comparaître devant une cour d'assises, et m'est apparu, compte tenu de sa pathologie, pouvoir s'exprimer à ce sujet.

Certes, son traitement est essentiellement à visée thérapeutique par rapport aux troubles qu'il présente, mais a des effets également sur ses capacités de fonctionnement psychique avec un certain degré de ralentissement, mais le jour de mon examen, il m'est apparu ne pas être confus, désorienté, et ne pas être actuellement en phase aiguë par rapport à la maladie chronique qu'il présente. De fait son état m'est apparu actuellement compatible avec sa comparution à l'audience ». Évidemment lors de la comparution aux Assises, 4 jours après cet examen, monsieur G se montre prostré dans l'incapacité de répondre aux questions... Il sera néanmoins reconnu responsable de ses actes et condamné à 10 ans de réclusion criminelle et reconduit au SMPR. De nouvelles hospitalisations en psychiatrie suivront.

Son avocat fera appel et fait état des articles 3 (traitement inhumain et dégradant) et 6 (droit à un procès équitable) de la Convention des droits de l'Homme¹⁹. De nouvelles expertises seront demandées. Un expert de la première heure qui ne s'était pas prononcé pour l'abolition finira par s'y ranger et à la suite du procès en appel de la cour d'assises en septembre 2009, monsieur G sera reconnu irresponsable et immédiatement hospitalisé en psychiatrie. La France sera finalement condamnée pour l'article 3, mais pas pour l'article 6.

Je pourrai m'arrêter là, vous suggérant de lire cet intéressant arrêt récent pris le 23 février 2012 par la Cour Européenne des droits de l'homme en cette bonne ville de Strasbourg, mais je vous lis encore un passage qui illustre bien notre sujet : « En premier lieu, la Cour est frappée par la répétition et la fréquence des hospitalisations de l'intéressé. Les nombreuses périodes de soins délivrés à la fois hors du milieu carcéral dans le cadre des hospitalisations d'office et au sein du SMPR soulignent le caractère grave et chronique des troubles mentaux du requérant. Les décisions d'hospitalisations dans un établissement de santé prises à l'égard du requérant conformément à l'article D. 398 du code de procédure pénale en 2007, 2008 et 2009 étaient ordonnées chaque fois que son état de santé n'était plus compatible avec la détention. Il retournait ensuite soit au sein du SMPR de la prison soit en cellule ordinaire jusqu'à ce que son état se dégrade à nouveau. Dans ces conditions, il était vain d'alterner les séjours à l'hôpital psychiatrique et en prison, les premiers étant trop brefs et aléatoires, les seconds incompréhensibles et angoissants pour le requérant, dangereux pour lui-même et autrui. La cour observe ainsi que l'alternance des soins, en prison et dans un établissement spécialisé, et de l'incarcération faisait manifestement obstacle à la stabilisation de l'état de l'intéressé, démontrant ainsi son incapacité à la détention au regard de l'article 3 de la Convention ».

19. http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf

Il est possible de relier cette histoire au procès récent de Stéphane Moitoret et Noëlla Hégo bien relaté par le journaliste Jean-Charles Marchand dans un livre consacré à ce sujet qui illustre le refus ou la réticence de reconnaître la maladie mentale, ou tout du moins à refuser l'irresponsabilité pénale²⁰.

Ces situations conduisent certains auteurs à se demander : « Qui est irresponsable ? »²¹ et à constater la grave crise de l'expertise psychiatrique pénale²².

Interdiction de la torture

Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

Tableau 1. Article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme

Droit à un procès équitable

1. Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. Le jugement doit être rendu publiquement, mais l'accès de la salle d'audience peut être interdit à la presse et au public pendant la totalité ou une partie du procès dans l'intérêt de la moralité, de l'ordre public ou de la sécurité nationale dans une société démocratique, lorsque les intérêts des mineurs ou la protection de la vie privée des parties au procès l'exigent, ou dans la mesure jugée strictement nécessaire par le tribunal, lorsque dans des circonstances spéciales la publicité serait de nature à porter atteinte aux intérêts de la justice.
2. Toute personne accusée d'une infraction est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie.
3. Tout accusé a droit notamment à :
 - a. être informé, dans le plus court délai, dans une langue qu'il comprend et d'une manière détaillée, de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui ;
 - b. disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense ;
 - c. se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent ;
 - d. interroger ou faire interroger les témoins à charge et obtenir la convocation et l'interrogation des témoins à décharge dans les mêmes conditions que les témoins à charge ;
 - e. se faire assister gratuitement d'un interprète, s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience.

Tableau 2. Article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme

En prison, on prend conscience de soi-même, on apprend à se connaître ; on fait sur soi d'étonnantes découvertes. Et quel réconfort si l'on peut se trouver un cœur ferme : Telles sont les fortes nourritures de la solitude.

Jean Zay, Souvenirs et solitudes

Parentés des privations de libertés carcérales et psychiatriques

Le principe organisé et théorisé de la privation de liberté est né au début du XIX^e siècle, dans les droites lignes de la liberté acquise du citoyen désassujéti du pouvoir royal aussi bien pour la psychiatrie que pour la prison. Et même si les finalités sont différentes, thérapeutique pour la psychiatrie et punissable pour la prison, une finalité est toutefois commune : la protection de **l'ordre public**, clairement formulée dès la loi de 1838 pour

20. Marchand J., Valentin et les délinquants, Monographie d'un délire à deux meurtriers, Editions Anne Carrière, Paris 2014.

21. Rossinelli DG, Penochet JC. Qui est irresponsable ? L'Information psychiatrique 2014 ; 90 : 173-6 doi : 10.1684/ipe.2014.1173

22. Zagury D, Senon JL. L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive. L'information psychiatrique 2014 ; 90 : 627-9 doi : 10.1684/ipe.2014.1246

décider d'une hospitalisation d'office pour la psychiatrie. La sanction pénale à la même époque insistait sur le principe de l'amendement d'où la pénitence et l'administration qui se qualifie autour de ce principe dès sa création en 1795. Dans cette période de créations, prison et psychiatrie relevaient du ministère de l'Intérieur et s'allient parallèlement autour de l'ordre public. Ce n'est qu'en 1911 que l'AP est rattachée au ministère de la Justice et hasard de l'histoire, la psychiatrie sort partiellement de la « surveillance » du ministère de l'Intérieur, par l'entremise du préfet que 100 ans plus tard avec la loi du 5 juillet 2011.

À cette date s'ouvre une nouvelle ère sur la prise de décision de privation de liberté en psychiatrie avec différents décideurs qui y concourent. Cette question est d'ailleurs loin d'être close et a fait partie des interrogations du député Denys Robiliard au cours de sa mission parlementaire sur « *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* ». Actuellement, pour les soins sur demande d'un tiers, le médecin propose, le directeur de l'établissement de santé prononce l'admission ; pour les soins sur décision du représentant de l'État, le médecin propose, le préfet décide, le directeur admet. Dans les deux cas, au bout de 12 jours, le JLD confirme l'hospitalisation ou en prononce la levée. Le débat sur le décideur est loin d'être clos. Évidemment, pour la prison, le juge décide, mais l'avis psychiatrique peut ne pas être négligeable sans oublier les situations où le magistrat « prescrit » la psychiatrie (incarcération, mais orientation sur le SMPR).

Pour compléter le parallèle entre les origines de la prison et la psychiatrie, on peut relever une composante « psychologique ». La prison du début du XIX^e siècle s'intéressait à l'amendement, au retour sur soi auquel le condamné pouvait s'adonner dans la solitude carcérale, comme le rappelait encore tout récemment (28 octobre 2014) le président de la commission des lois de l'Assemblée nationale lors du débat sur l'encellulement individuel²³ : « *Le but était que l'isolement permette l'introspection, seul chemin vers la rédemption* » tout en faisant remarquer « *que l'encellulement individuel relève davantage maintenant de la dignité humaine* ». Toutefois, le principe de l'amendement, où la personne incarcérée se trouvait seule avec sa conscience pour analyser ses actes se trouve remplacée par la confession psychiatrique et toutes formes d'obligations/injonctions/programmes de soins.

Un humoriste a proposé d'inscrire dans le stage des magistrats quinze jours de détention, afin qu'ils sachent ce que représentent exactement les peines qu'ils infligeront dans leur carrière. Comment le sauraient-ils, même à ce prix ? Pour doser sciemment un châtiment, comme pour apprécier une culpabilité, il faudrait avoir vécu toute l'existence de l'homme, connaître tous ses ressorts physiques et moraux. Rendre la justice est la plus insensée de toutes les entreprises humaines.

Jean Zay, Souvenirs et solitude

Psychiatrie et Justice : comment se partager les juges et les avocats ? Leur rôle sur les limitations d'allers et venir

Il est d'usage d'insister sur la fonction créatrice de son identité que la justice a exercée sur la psychiatrie. Les grands procès (Papavoine, Léger, Rivière) du XIX^e siècle ont permis à de célèbres aliénistes d'affiner la clinique psychiatrique autour du concept de démence avancé à l'article 64 du Code pénal de 1810. Les aliénistes puis les psychiatres ont ainsi côtoyé les magistrats principalement les juges d'instruction autour de leurs missions expertales qui sont restées longtemps prestigieuses contrairement à l'époque contemporaine malgré le paradoxe de la multiplication des demandes d'avis expertal.

L'étape suivante d'une augmentation des occurrences de fréquentation professionnelle de la psychiatrie et de la justice eut lieu avec le code de procédure pénale de 1958 et la création du sursis avec mise à l'épreuve (SME) accompagné d'obligations de soin qui pouvaient être prononcées et ordonnées sous l'étrange formule suivante « *le condamné a l'obligation de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation* ». Étonnant la notion de soumission pour un soin, notamment en considération de la loi Kouchner de 2002 qui a mis l'usager comme décisionnaire des modalités des soins qu'il doit recevoir.

23. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr/2014-2015/20150037.asp>

La relation plutôt rejetante de la psychiatrie avec l'obligation de soins, est peut-être due au fait que les psychiatres ont parfois l'impression que la Justice voudrait que ce soit eux qui se soumettent à la décision judiciaire. Cette étape toujours d'actualité avec des méfiances partagées entre psychiatres et juges et plus particulièrement les JAP connaîtra peut-être un nouvel essor avec la contrainte pénale.

Ce n'est vraiment qu'en 2011 qu'un réel partage d'activités professionnelles s'instaure entre juges et psychiatres, bien que chargé d'ambiguïtés. Juge des libertés et de la détention et avocats font le pont entre l'hôpital psychiatrique et la prison. Indéniablement un message de pénalisation du soin est lancé par la société aux usagers de la psychiatrie. Non seulement privés de liberté, les patients se voient imposer un juge dont, pour éviter de les effrayer, les soignants peuvent le présenter comme le juge des libertés en omettant pudiquement la référence à la détention, ouvrant ainsi à une déception ultérieure quand le juge confirme l'hospitalisation, des audiences dans les tribunaux, un avocat (qu'ils doivent rémunérer sans l'avoir demandé), des formulaires incompréhensibles pour notification des décisions et respect formel de leurs droits. Les patients ne s'y trompent pas : « *Quelle faute ai-je donc commise ? Pourquoi me punir en me cantonnant à l'hôpital ? Que dois-je prouver pour sortir d'ici ? Pourquoi je dois voir un juge, un avocat ?* » Il s'agit d'une vraie question « éthique », très débattue à l'instauration de la loi et qui se noie maintenant dans le tourbillon de la quotidienneté et de la routine. Et puis, qui cela intéresse-t-il ?

Perpétuité ? Un tunnel sans fin, dans lequel on finit par ne plus espérer voir au loin une lueur de sortie. Car il n'y a pas de limite dans le temps. C'est une chute interminable dont on perçoit à peine les différentes étapes qui produisent notre minutieuse destruction. La mort à petit feu, qui commence par la perte de toutes notions, affectives, familiales, sociales, si on ne parvient pas à entretenir un lien avec l'extérieur.

Laurent, Arles

J'ai appris le verbe attendre. Je le connais profondément, il m'a accompagné, harcelée. J'ai passé mes journées à attendre, attendre que la porte s'ouvre, attendre que quelqu'un décide pour moi, le juge, l'avocat, la prof de sport, la gardienne.

Sylvaine

Temporalité carcérale / temporalité psychiatrique

La peine de prison est définie, dès que prononcée, autour d'une durée, avec même maintenant les crédits de réduction de peine fixés dès le jugement. Aussi, la date maximale où surviendra la libération est connue rapidement. Des ajustements sont possibles en fonction des remises de peine supplémentaires ou de l'octroi d'une libération conditionnelle, mais dans l'ensemble un balisage temporel existe.

Pour la psychiatrie, aucune limite ne peut être fixée d'emblée. Pour les patients hospitalisés ou non en UMD après un non-lieu pour motif psychiatrique, la situation est encore plus douloureusement incertaine et désespérante. Dans tous les cas, souvent un temps suspendu, répétitif, souvent oisif d'une monotonie déprimante. À ce temps au déroulement ritualisé répondent des espaces aussi peu réjouissants.

Je suis enfermé dans une cellule. Un œil-de-bœuf inaccessible laisse pénétrer un peu de lumière ; le plafond est haut ; un bat-flanc à charnière est collé contre la paroi de ce caveau. C'est tout. C'est le cadre qui convient au banni de la société ; au prisonnier.

Raymond, Tournai

Espace carcéral / espace psychiatrique : cellules vs chambres ?

L'espace carcéral, on le sait, se caractérise actuellement par une surpopulation importante, principalement en maison d'arrêt. Pour donner un exemple, celle où je travaille actuellement a un effectif théorique de 40 personnes pour un effectif réel d'environ 80 personnes réparties dans 11 cellules. Oui, 11 cellules... La question de l'encellulement individuel est d'ailleurs très actuelle du fait de l'échéance du moratoire l'imposant au 25 novembre prochain²⁴.

24. Rapport d'information sur l'encellulement individuel, Assemblée nationale, <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2388.asp>

Terme monacal pour la prison dans la droite ligne de la pénitence. Et quand il faut réprimer et isoler, le mitard, le QD, quartier disciplinaire est requis. Plus récemment, dans la novlangue pénitentiaire est apparue la « CproU » : la cellule de protection d'urgence, sorte de préservatif non pas utilisé dans un moment de plaisir, mais pour se protéger du risque suicidaire. La CproU est parfois aussi appelée « cellule lisse ». Comme l'adjectif le dit bien, elle ne présente aucune aspérité facilitant les tentatives de pendaison, mais aussi aucune aspérité pour se raccrocher à la vie.

En psychiatrie, les chambres équipent les services, mais les plus anciens de l'hôpital où je travaille se souviennent que l'on parlait de cellules il y a seulement 30/40 ans. Les chambres des hôpitaux psychiatriques sont plus ou moins accueillantes et confortables, sans systématiquement « d'enclavement individuel », mais il existe des chambres d'isolement ou de sécurité (CSI), voire encore parfois capitonnées. Et l'on se rapproche du mitard. Les personnes détenues qui doivent être hospitalisées, les connaissent bien au point qu'appréciant leur inhospitalier confort, elles demandent un retour rapide en prison... Triste image de la psychiatrie.

Et dans ces espaces psychiatriques confinés, le temps d'isolement est bien imprécis bien qu'un contrôle médical régulier doit en assurer le début et la fin. D'où le souhait du CGLPL d'un registre non inclus dans le dossier médical qui permettrait d'avoir une traçabilité des mesures d'isolement alors que le mitard carcéral est bien plus traçable avec une durée maximale qui a été réduite de 45 j à 30 j avec la loi pénitentiaire de 2009 (Tableau 3) et la mise à l'isolement limitée à trois mois (Tableau 4).

Et les croisements et similitudes entre isolement carcéral et psychiatrique pour des raisons punitives ne sont pas des raretés comme il est rappelé dans le rapport du CGLPL en 2012 dans un chapitre intitulé : « *Des pratiques thérapeutiques détournées à des fins disciplinaires dans les établissements de santé* »²⁵. L'exemple suivant y est notamment donné : « *Dans un établissement situé Outre-Mer, le personnel soignant a très clairement affirmé que la chambre d'isolement faisait fonction de "cellule de punition" pour sanctionner certains patients. Telle était d'ailleurs la situation d'un malade qui bénéficiait d'une irresponsabilité pénale sur le fondement de l'article 122-1 du Code pénal et qui avait été placé à l'isolement depuis quinze jours "pour avoir eu une relation sexuelle avec une patiente et l'empêcher de recommencer à nouveau". Dans cet établissement, le placement en chambre d'isolement pour des raisons thérapeutiques n'a jamais été avancé par les soignants rencontrés* »²⁶.

La mission de l'Assemblée nationale sur « *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* » dont le député Denys Robiliard était le rapporteur a aussi relevé la problématique des recours à l'isolement et à la contention. Lors son audition auprès de la mission d'information, le président du SPH, Jean-Claude Pénochet, interrogé sur l'augmentation du recours à la contention en psychiatrie disait sans langue de bois que « *La contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention est utilisée* »²⁷. Question qui interpelle bien entendu directement et en premier la psychiatrie, mais qu'on ne peut isoler des préoccupations sécuritaires de la société et de ses limites financières.

Les différentes sanctions disciplinaires encourues selon le degré de gravité des fautes commises. Le placement en cellule disciplinaire ou le confinement en cellule individuelle ordinaire ne peuvent excéder vingt jours, cette durée pouvant toutefois être portée à trente jours pour tout acte de violence physique contre les personnes.

Tableau 3. Article 726 du Code de procédure pénale : Isolement disciplinaire

Toute personne détenue, sauf si elle est mineure, peut être placée par l'autorité administrative, pour une durée maximale de trois mois, à l'isolement par mesure de protection ou de sécurité soit à sa demande, soit d'office. Cette mesure ne peut être renouvelée pour la même durée qu'après un débat contradictoire, au cours duquel la personne concernée, qui peut être assistée de son avocat, présente ses observations orales ou écrites. L'isolement ne peut être prolongé au-delà d'un an qu'après avis de l'autorité judiciaire.

Tableau 4. Article 726-1 du code de procédure pénale : Isolement pénitentiaire

25. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2012. Dalloz.

26. *Ibid.* 117-118.

27. Assemblée nationale. Rapport d'information n° 1162. *Santé mentale : quand la démocratie soigne*. Commission des affaires sociales. Président : Jean-Pierre Barbier. Rapporteur : Denys Robiliard. Décembre 2013. Documents d'information. www.assemblee-nationale.fr.

Ma Chérie hors temps.

J'ai aimé ta façon de m'embrasser, de tes baisers ralentis plus qu'aimés. J'en suis encore bouleversé... et ce regard long que tu as plongé en moi... Tout ce que tes yeux ont à me donner de toi, je m'en emplirai des heures et des heures, m'en rechargerai... Vivrai dans notre monde, notre vie avec toi.... Pour être sûr que je ne rêve pas, j'aurai la réalité de mes lèvres à portée des tiennes, des baisers frôlés, partagés, ralentis et lents pour vivre ton existence...

Roger Knobelspiess, Lettres de prison

Vie sexuelle carcérale et psychiatrique « bridée » : questions de dignité

Un collègue-chef d'un SMPR me confiait récemment avoir rendu visite à un proche incarcéré. Étant pour une fois du côté des familles en visite, son malaise a été grand d'être exposé aux relations intimes d'un couple près de lui, conduites amoureuses pourtant interdites, mais qui selon les moments, les personnes, les lieux sont parfois tolérées. Paradoxe d'une sexualité qui est censée de pas s'exprimer en prison bien que dans le kit d'hygiène remis à la personne entrante, des préservatifs y soient inclus, sans oublier la TV qui ne censure pas les films pornographiques à l'effet thérapeutique « apaisant » et d'exemplarité dans le respect de la relation à autrui, notamment pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Et la misère sexuelle s'ajoutant aux misères sociales se complait d'une homosexualité contrainte, honteuse, par défaut...

La similitude des régimes disciplinaires des hôpitaux psychiatriques et des prisons conduit à des questionnements identiques sur la vie sexuelle en hôpital psychiatrique. Ainsi la cour administrative d'appel de Bordeaux²⁸ a considéré en 2012 que le règlement intérieur d'une unité fonctionnelle du centre hospitalier de Cadillac qui stipulait que dans l'unité « *Les relations de nature sexuelle ne sont pas autorisées* » était illégal, car reposant sur une disposition générale et non individualisée (Tableau 5).

Considérant, toutefois, que l'interdiction en cause, qui s'impose à tous les patients de l'unité, quelle que soit la pathologie dont ils souffrent, son degré de gravité et pendant toute la durée de leur hospitalisation, présente un caractère général et absolu ; que le centre hospitalier n'invoque aucun élément précis relatif à l'état de santé des patients de cette unité et à la mise en œuvre de traitements médicaux qui justifierait une interdiction d'une telle portée ; que, telle que formulée dans le règlement de fonctionnement de l'unité Verneuil, l'interdiction en cause impose à l'ensemble des patients de cette unité une sujétion excessive au regard des stipulations de l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et des dispositions précitées de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ; que la décision du 27 octobre 2008 par laquelle le directeur du centre hospitalier spécialisé de Cadillac a refusé d'abroger la disposition litigieuse du règlement de fonctionnement de l'unité Verneuil est donc entachée d'illégalité.

Tableau 5. Cour administrative d'appel de Bordeaux et la sexualité en EPSM

La justice est le grain de beauté de la haine. Ce grain a été tracé, maquillé par la main de l'homme de pouvoir. Même ici où, normalement on devrait redresser l'homme, c'est le contraire. Rien ne va avec la vie de l'homme de conscience. Tout est administré, c'est-à-dire imposé, et cela tue la responsabilité de l'individu. C'est là le négatif de la prison.

Michel

Obligations, injonctions, programmes de soin

Entre peine, mesures de sûreté et « thérapeutiques » : une liberté très encadrée et bien ambiguë

Une forme particulière de restriction des libertés s'exprime dans un ensemble de mesures qui représente une « contrainte » présumée librement consentie. Il s'agit de l'obligation de soin (OS) depuis 1958 accompagnant le plus souvent un sursis avec mise à l'épreuve, l'injonction de soin (IS) depuis 1998 et le programme de soin (PS) depuis 2011.

28. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000026654357>

Dans tous ces cas, une communauté d'acteurs : la personne intéressée, le juge, le psychiatre et l'avocat. Dans tous les cas également, le **consentement** est censé acquis par la personne concernée, mais sa liberté de décision, en l'occurrence sa capacité à consentir de manière libre et éclairée, selon la formule juridique consacrée, est très étroite. Le non-respect de l'OS peut conduire à la révocation du sursis ; dans l'IS, une peine de réincarcération est fixée dès le jugement si la mesure n'est pas respectée ; dans le PS, qui parfois selon la formule type utilisée par le JLD, doit être établi le cas échéant dans les 24 heures, après que « *l'avis du patient ait été recueilli préalablement à la définition du PS et avant toute modification de celui-ci* » un certificat médical circonstancié peut reconduire le patient en hospitalisation complète et une jurisprudence abondante n'en finit pas d'en compliquer la règle²⁹.

Les débats agitent les juristes pour qualifier les OS et les IS de peines ou de mesures de sûreté. Elles sont certainement un peu des deux. Quant au PS qui est censé n'être que purement thérapeutique, il n'est pas aussi clairement perçu par les patients, sans compter que notre profession en détourne parfois l'usage pour l'utiliser comme une réelle mesure de sûreté, par exemple en élaborant des programmes de soins comportant en fait des hospitalisations complètes avec un *minimum* de sorties à l'extérieur de l'hôpital.

Le juge étant constitutionnellement le garant de la liberté individuelle (Tableau 6), il intervient dans ces situations, sauf pour le PS où l'arbitraire psychiatrique peut s'engouffrer en dehors de tout contrôle judiciaire. Ces mesures sont soumises au regard des magistrats et représentent une restriction forte à la liberté d'aller et venir des intéressés sans compter le détournement hypocrite du consentement libre de toute contrainte censé être acquis.

Nul ne peut être arbitrairement détenu.

L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi.

Tableau 6. Article 66 de la Constitution

Le Docteur P vient me voir une fois par semaine. Je lui ai demandé de m'envoyer en psychiatrie, un endroit où l'on puisse vraiment m'aider à résoudre mes problèmes, alors qu'ici j'ai le sentiment de ne faire que perdre mon temps. Le psy me donne de plus en plus de cachets pour dormir et être ensuqué. Je ne sais pas combien cela fait de temps que je suis là, sûrement pas encore la moitié.

Sébastien

La suspension de peine pour raison psychiatrique : La liberté psychiatrique retrouvée ?

Avec l'affaire G. c. France, psychiatres, administration pénitentiaire, justice, préfet se sont donné la possibilité de faire aller et venir à leur guise monsieur G en d'incessants allers et retours entre prison et hôpital, sans possibilité apparente de stopper cet infernal système, qu'il soit prévenu ou condamné tant qu'un non-lieu n'a pas été rendu et qui a conduit à fixer au moins temporairement et sans limitation de durée l'intéressé à l'hôpital psychiatrique. Depuis la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, la suspension de peine pour raison psychiatrique a connu une certaine clarification.

Rappelons qu'en 2002, la loi dite Kouchner instaure la suspension de peine pour raison médicale en cas de pronostic vital engagé ou d'état de santé durablement incompatible avec la détention « *hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux* », créant ainsi un régime différencié entre pathologies somatiques et psychiatriques (Tableau 7). De 2002 jusqu'à ce jour, il y eut un consensus informel, sorte de scotome collectif, pour admettre que la suspension de peine pour raison psychiatrique n'était pas possible. L'alternative pour un malade mental délinquant ne pouvait être que la prison ou l'hôpital psychiatrique en hospitalisation d'office.

29. Cour de cassation, chambre civile 1, Audience publique du mercredi 15 octobre 2014, N° de pourvoi: 13-12220 Publié au bulletin Cassation

Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, **hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.**

Tableau 7. La suspension de peine pour raison médicale de 2002 à 2014
Article 720-1-1 ancien du code de procédure pénale

En décembre 2012, les ministres de la Santé et de la Justice en visite au centre pénitentiaire de Fresnes annoncent le lancement de deux groupes de travail, un sur la suspension de peine pour en améliorer l'effectivité et en voir l'application pour les maladies mentales ; l'autre sur la limitation des risques infectieux en prison (p. ex. programme d'échanges de seringues). Les travaux du groupe de travail sur la suspension de peine font apparaître que celle-ci était possible pour raison psychiatrique, mais **uniquement quand la personne n'était pas hospitalisée en psychiatrie.** Grosse surprise. Et le groupe de travail demande la suppression de la phrase litigieuse afin de lever toute ambiguïté.

La loi du 15 août 2014 a apporté quelques améliorations, en fait une timide avancée. Concernant l'état de santé, il est précisé qu'il peut être aussi bien physique que **mental.** Malheureusement, il existe toujours une restriction pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, seule l'hospitalisation libre en UHSA permet la demande de suspension de peine (Tableau 8).

Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur **état de santé physique ou mentale** est durablement incompatible avec le maintien en détention. **La suspension ne peut être ordonnée en application du présent article pour les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement.**

Tableau 8. La suspension de peine pour raison médicale à partir du 15/08/2014
Article 720-1-1 nouveau du code de procédure pénale

À noter aussi que la loi introduit « **à tous les stades de la procédure** », donc y compris la possibilité pour les personnes prévenues d'une mise en liberté pour les mêmes raisons que pour les personnes condamnées (Tableau 9).

En toute matière et à tous les stades de la procédure, sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la mise en liberté d'une personne placée en détention provisoire peut être ordonnée, d'office ou à la demande de l'intéressé, lorsqu'une expertise médicale établit que cette personne est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est incompatible avec le maintien en détention. La mise en liberté des personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ne peut être ordonnée en application du présent article. « En cas d'urgence, la mise en liberté peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle cette personne est prise en charge ou par le remplaçant de ce médecin. « La décision de mise en liberté peut être assortie d'un placement sous contrôle judiciaire ou d'une assignation à résidence avec surveillance électronique. « L'évolution de l'état de santé de la personne peut constituer un élément nouveau permettant qu'elle fasse l'objet d'une nouvelle décision de placement en détention provisoire, selon les modalités prévues au présent code, dès lors que les conditions de cette mesure prévues à l'article 144 sont réunies.

Tableau 9. La mise en liberté pour les personnes prévenues pour raison médicale
Article 147-1 du code de procédure pénale

Enfin, la loi soulève un point qui a pu être à l'origine de la réticence des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire à demander une suspension de peine et qui permet une facilitation de l'accès à la libération conditionnelle même si le temps nécessaire pour y avoir droit n'est pas atteint lorsque la personne a bénéficié de la suspension de peine depuis au moins trois ans et pour laquelle une expertise confirme l'incompatibilité durable avec la détention. (Tableau 10).

Lorsque le condamné bénéficie d'une mesure de suspension de peine sur le fondement de l'article 720-1-1, la **libération conditionnelle** peut être accordée sans condition quant à la durée de la peine accomplie si, à l'issue d'un **délai de trois ans** après l'octroi de la mesure de suspension, une nouvelle expertise établit que son état de santé physique ou mentale est toujours durablement incompatible avec le maintien en détention et si le condamné justifie d'une prise en charge adaptée à sa situation.

Tableau 10. Facilitation de l'accès à la libération conditionnelle

Il reste maintenant à voir si les psychiatres exerçant en prison face à une situation comme celle de monsieur G. vont demander une suspension de peine et à observer les réactions des équipes de secteur et des administratifs hospitaliers face à l'arrivée de ces nouveaux patients, considérés en général *persona non grata* dans leurs services.

Le choix, pour le médecin individuel, est entre appliquer sans concession les exigences issues du serment d'Hippocrate, au risque d'être éliminé du milieu carcéral, et consentir aux contraintes constitutives de ce milieu le minimum d'exceptions compatibles avec le respect de soi, le respect d'autrui et celui de la règle.

Ricoeur P., Soi-même comme un autre

Confidentialité et secret professionnel : la primauté des obsessions sécuritaires

Il s'agit d'un thème qui me tient particulièrement à cœur. Souvent, je constate qu'en prison se dessinent des évolutions sociétales qui préfigurent celles qui sortiront de l'univers carcéral pour se répandre dans la société. L'abrasion progressive du secret médical est probablement un des exemples les plus significatifs. Sans pouvoir détailler ce sujet qui pourrait alimenter à lui seul plusieurs congrès, il est aisé de donner quelques repères significatifs. Inutile d'insister sur l'absence d'intimité et de confidentialité de la prison, qu'elle soit surpeuplée ou non, le regard posé sur la personne détenue est consubstantiel de l'univers carcéral. Des textes relativement récents (2010) suggèrent fortement aux personnels soignants de participer aux CPU, les commissions pluridisciplinaires uniques, qui ont pour objet d'étudier le parcours d'exécution des peines des personnes condamnées. L'échange d'informations opérationnelles souhaitées par les pouvoirs publics met les soignants s'ils acceptent de participer aux CPU dans des positions très délicates par rapport à leurs patients. En outre, des outils informatiques sont prévus pour consigner les informations recueillies, avec toutes les questions que posent l'utilisation et la diffusion des données consignées.

En psychiatre, récemment la loi du 5 juillet 2011, avec les audiences publiques obligatoires auprès du JLD, le droit au secret professionnel est entré en conflit d'intérêt avec un autre droit : celui de la justice nécessairement rendue publiquement. Tout un chacun peut donc assister à ce qui se dit sur son voisin. Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont également un risque de partage d'information élargie autour de certains de nos patients, j'y vois parfois une sorte de CPU de droit commun. Il semble toujours difficile de faire la part des choses entre les réunions de coordination où sont traités utilement les organisations et le débordement sur les questions individuelles. Le président de la conférence des présidents de CME des CHS, Christian Müller, dans sa contribution écrite au rapport Devictor³⁰, à propos des conseils locaux de santé dont les CLSM pourraient être des sous-commissions, précise que : « **Les problématiques individuelles n'ont pas à y être abordées ainsi que la transmission d'informations nominatives** ».

Pourtant l'épandage des informations à caractère personnel se poursuit dans la droite ligne de ces évolutions avec l'actuel projet de loi de santé qui prévoit un échange d'information quelle que soit la qualité du professionnel aussi bien sur les plans sanitaire, que social ou médicosocial (Tableau 11) alors que le texte actuel, encore en vigueur, mais pour combien de temps issu de la loi Kouchner de 2002, définissait le secret médical avec exactitude comme un échange entre professionnels de **santé** participant à la prise en charge du patient (Tableau 12). Évidemment à cette époque, la loi s'intitulait relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; la présente loi ne se nomme pour l'instant que projet de loi relatif à la santé.

30. Rapport Devictor, *Le service public territorial de santé - le service public hospitalier, Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, la Documentation française, mars 2014 : <http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ladocumentationfrancaise.fr%2Fvar%2Fstorage%2Frapports-publics%2F144000233%2F0000.pdf&ei=mnZoVO67AYr3O-fOgOgK&u sg=AFQjCNFAebl93ED9qeyamVtYbyYOFLWmqA&bvm=bv.79142246,d.ZWU>

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge à condition qu'ils participent tous à la prise en charge du patient et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social.

Tableau 11. Art. 1110-4 modifié dans l'actuel projet de loi de santé relatif au secret médical

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Tableau 12. Art. 1110-4 du code de la santé publique relatif au secret médical

Alors que le secret médical a été institué, non seulement pour assurer la confidentialité des soins, mais aussi comme l'énonce la jurisprudence comme une disposition d'ordre public, nous assistons actuellement à un renversement où est privilégié l'échange d'informations, dans les CPU ou les CLSM qui concernent une personne afin de mieux assurer la sécurité collective et le respect de l'ordre public (prévention de la récurrence, suppression des troubles à l'ordre public causée par les personnes souffrant de troubles mentaux).

Enfin, que dire de la vidéosurveillance qui se généralise dans les différents lieux de soin que ce soit en prison ou dans les hôpitaux psychiatriques. Dans plusieurs établissements pénitentiaires, il faut lutter contre la présence des surveillants dans les salles d'activité de groupe ou la mise en place de vidéosurveillance non seulement dans les couloirs des unités sanitaires, mais parfois dans les salles d'activité thérapeutique³¹. Et à côté de ces dispositifs mis en place pour des motifs sécuritaires, le SMPR de Rennes est en droit de retrait depuis un mois à ce jour pour défaut chronique des alarmes dans les lieux de soin... Et l'absence d'alarmes dans les unités sanitaires des prisons reste pourtant encore trop fréquente tout en préférant installer des caméras qui répondent bien à l'obsession panoptique pénitentiaire. Sans oublier que la capacité des chefs de pôle à orienter une politique de soins dans leurs services est pour le moins extrêmement limitée depuis la loi HPST. L'éthique est soumise aux diktats économiques et sécuritaires. Si les SMPR ou les dispositifs psychiatriques dans les unités sanitaires (ex UCSA) n'ont pas le soutien des directions des hôpitaux et de la communauté médicale (dont la CME), il en est fini des soins en milieu pénitentiaire qui seront soumis aux tensions délétères et aux déchirements émotionnels consubstantiels au milieu complexe de la prison. Mais cette « analyse systémique », ce regard croisé, se retrouvent aussi à l'hôpital psychiatrique, mais sans l'oppression et l'isolement inhérents au monde carcéral.

La parole est un truc pour se défendre. Mais ici, où je suis à l'instant même, la parole c'est rien, parce que si vous parlez de trop, c'est le mitard.

Amour Mohamed

Pour conclure : Un enfermement psychique collectif insidieux

L'argumentaire de cette journée situe dans nos pratiques quotidiennes les restrictions aux libertés d'aller et venir. Pourquoi et comment en sommes-nous venus à recourir de plus en plus aux mesures de contention et d'isolement ? À recueillir les événements indésirables, même les plus futiles ? À redouter toutes prises de risque

31. Ces situations illustrent une remarquable hypocrisie collective : pénitentiaire et justice demandent des attestations de consultations alors que la pénitentiaire contrôle tous les mouvements de la prison.

dans nos pratiques, pourtant inévitables ? À accepter que les personnes souffrant de troubles mentaux soient en prison et non à l'hôpital ? À se contenter d'afficher, pour se donner bonne conscience droits et chartes sans pour autant les appliquer ? À élaborer et respecter les protocoles davantage pour se rassurer et nous protéger plutôt que pour améliorer nos pratiques ?

Évidemment le facteur économique et financier a un rôle important dans les évolutions avec les restrictions de moyens. La technicité aussi à une fonction déshumanisante et chronophage bien connue. Les systèmes d'information complexes, souvent en panne, pas très conviviaux et qui ont placé l'écran d'ordinateur devant nos patients ne nous aident pas.

Les procédures, les protocoles qui finissent le plus souvent dans un classeur introuvable contribuent à ce que des sociologues nomment la « *functional stupidity* »³² et donc une absence d'élaboration, mais l'application mécanique d'un schème d'action d'où il ne faudrait déroger sous aucun prétexte. Si ces modalités sont utiles dans certains domaines très techniques, elles s'allient souvent mal avec une approche relationnelle qui à chaque fois doit être individualisée. La « *functional stupidity* » s'est installée insidieusement à partir d'outils mis progressivement en place par nos institutions comme la HAS, la création des pôles, les CME devenus d'atones chambres d'enregistrement des décisions directoriales et de caution du calendrier administratif règlementaire, l'abandon de la fonction intégrative et rassemblante du Secteur, le rapprochement de la psychiatrie et de la médecine (internat, IDE, SROS, etc.), etc. L'ensemble, tel un rouleau compresseur emballé, conduit à l'abandon d'une dynamique de résistance et de propositions, sauf chez quelques-uns comme le collectif des 39 par exemple.

L'acmé de la décérébration collective a été atteinte avec la création de la rétention de sûreté en 2008 où les psychiatres ont malheureusement un rôle important à jouer. Impossible aussi de détailler ici les innombrables contradictions juridiques liées à la rétention de sûreté qui ont été largement débattues par les professionnels concernés et dont on peut trouver une analyse serrée dans le livre de Mireille Delmas-Marty « *Libertés et sûretés dans un monde dangereux* »³³ ou dans le rapport du CGLPL sur la rétention de sûreté³⁴ qui illustre une dérive de ce dispositif qui est une honte pour la République que la majorité actuelle s'était engagée à abolir, mais qui semble y renoncer après avoir manqué de peu l'occasion dans la loi Taubira.

Dix années de lois sécuritaires nous ont conduits à accepter que des personnes souffrant de graves troubles mentaux soient incarcérées et que leur droit à aller et venir se limite à être ballotées de prison en asiles (dans la mauvaise acception du terme). S'il est bien un objectif de notre société de trouver un équilibre entre sécurité individuelle et collective et liberté d'expression, il nous faut constater que l'époque actuelle privilégie la sécurité à la libre parole. Les organisations hospitalières ne se prêtent plus au dialogue et à l'échange. Les conflits hospitaliers sont nombreux et violents. Pour terminer, un exemple de parole confisquée et où l'on voit que les regards croisés entre hôpital et prison sont finalement assez aisés. La loi pénitentiaire de 2009 a instauré la consultation des personnes détenues sur les activités qui leur sont proposées (Tableau 13). Cette disposition légale engendre la foudre des syndicats pénitentiaires (Tableau 14).

Sous réserve du maintien du bon ordre et de la sécurité de l'établissement, les personnes détenues sont consultées par l'administration pénitentiaire sur les activités qui leur sont proposées.

**Tableau 13. Article 29 de la loi pénitentiaire de 2009
La consultation des personnes détenues**

32. Alvesson M, Spicer A. A Stupidity-Based Theory of Organisations, *Journal of Management Studies* 49, 7 Nov. 2012

33. Delmas-Marty M. *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*, La couleur des idées, Seuil, Paris, 2010.

34. <http://www.cglpl.fr/2014/avis-relatif-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-retention-de-surete/>

« Sous réserve du maintien du bon ordre et de la sécurité de l'établissement, les personnes détenues sont consultées par l'administration pénitentiaire sur les activités qui leur sont proposées », stipule le fameux article. Cette simple phrase fait émerger le fantasme de « syndicats de détenus » chez les surveillants. « Nous, on l'interprète comme cela lance Stéphane Lecerf, délégué UFAP-UNSA-Justice, l'une des organisations principales. Il y aurait peut-être des représentants de prisonniers, ils pourraient demander par exemple plus de séances de sport. » FO-Pénitentiaire gronde dans un tract : « Sous couvert de gentilles petites réunions pour savoir si telle ou telle année nos chers pensionnaires vont faire du Scrabble ou du tricot, la garde des Sceaux abat le mur qui nous sépare des comités de détenus et à moyen terme des syndicats de détenus !

Tableau 14. Les réactions de syndicats pénitentiaires à l'article 29³⁵

La justice administrative n'aide pas à l'application de ce texte. En janvier 2008, 208 personnes détenues du centre pénitentiaire de Baie-Mahault en Guadeloupe adressaient une pétition à l'OIP pour dénoncer leurs conditions de détention. Elles demandaient « que soit mis en place un forum de réflexion ou un cahier de doléance afin que des plaintes puissent être enregistrées et consultées, dans le but d'éviter les conflits entre surveillants et détenus ainsi que de trouver des solutions rapides à des problèmes devenus trop récurrents ». L'OIP a saisi le juge administratif qui a rejeté la requête de l'OIP tout en reconnaissant que « les violences à l'encontre du personnel du centre pénitentiaire de Baie-Mahault et entre détenus sont fréquentes, du fait, en particulier, des conditions de détention difficiles dues à la promiscuité et à l'insuffisance des activités proposées en détention » et que « la concertation [peut] contribuer à l'apaisement des tensions ». Mais il rejette l'ensemble des demandes de l'OIP en considérant que la libération de la parole des personnes détenues n'est pas « à elle-seule de nature à prévenir ou faire cesser des atteintes au droit à la vie ou des actes de torture ou des traitements inhumains ou dégradants ».

Et l'OIP de citer un arrêt de la cour européenne des droits de l'homme rendu en décembre 1976 à Strasbourg où réunit en assemblée plénière la Cour considéra que : « Son rôle de surveillance commande à la Cour de prêter une extrême attention aux principes propres à une 'société démocratique'. La liberté d'expression constitue l'un des fondements essentiels de pareille société, l'une des conditions primordiales de son progrès et de l'épanouissement de chacun. Sous réserve du paragraphe 2 de l'article 10 (art. 10-2), elle vaut non seulement pour les 'informations' ou 'idées' accueillies avec faveur ou considérées comme inoffensives ou indifférentes, mais aussi pour celles qui heurtent, choquent ou inquiètent l'État ou une fraction quelconque de la population. Ainsi le veulent le pluralisme, la tolérance et l'esprit d'ouverture sans lesquels il n'est pas de 'société démocratique'. Il en découle notamment que toute 'formalité', 'condition', 'restriction' ou 'sanction' imposée en la matière doit être proportionnée au but légitime poursuivi ».³⁶

Mais nous en psychiatrie, sommes-nous prêts à partager cette parole avec ceux que la maladie mentale - pathologie de la liberté - comme disait Henry Ey, rend parfois si hésitante et maladroite ? Nos institutions, nos autorités de contrôle, nos règlements, nos services, nos équipes nous permettent-ils de le faire ? Le risque serait-il trop grand de parler ?

En fait, le titre de ma communication en forme d'oxymores est une provocation, mais présente un soupçon de vérité. Les personnes détenues se semblent plus libres en prison qu'à l'hôpital psychiatrique et bien que les soins libres doivent être la priorité en psychiatrie, la logique de l'enfermement, qu'elle se cantonne aux murs ou aux excès des psychotropes, est encore très présente.

Comme l'annonce l'argumentaire de nos journées : **“Il reste du chemin à parcourir”**.

35. La Voix du Nord, Plana Radenovic, 20/06/2014
<http://www.lavoixdunord.fr/region/des-syndicats-de-detenus-un-article-de-la-loi-ia0b0n2223391>

36. Cour européenne des Droits de l'Homme. Affaire Handyside c. Royaume-Uni.
[http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-62057#{% 22 itemid%22:\[%22001-62057%22\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-62057#{% 22 itemid%22:[%22001-62057%22]})

QUESTIONS DANS LA SALLE

Question : Je travaille dans une UMD. Il est extrêmement difficile de travailler avec des patients reconnus irresponsables par la justice (abolition du discernement, art. 122-1 du Code pénal), car quand ils se montrent violents, il est impossible de faire passer l'interdit ; ils répondent qu'ils sont irresponsables. Ne serait-il pas possible qu'ils soient quand même condamnés même s'ils ne restent pas en prison ?

Réponse MD : Il s'agit d'un vieux débat. La condamnation pénale permettrait la "déflorclusion du nom du père". En somme, elle ramènerait la personne dans la réalité alors que le non-lieu l'en aurait éloigné. Manifestement, la condamnation d'une personne souffrant de schizophrénie grave ne l'a jamais guéri de sa maladie. Mettre sur le compte du non-lieu une impossibilité de travailler avec un patient est à mon sens une erreur grave et une incompréhension volontaire ou non du sens des mots. En effet, un non-lieu ne veut pas dire que l'infraction n'a pas eu lieu, mais qu'il n'y a pas lieu, pour le magistrat, de poursuivre le sujet, car l'infraction n'est pas constituée, car incomplète. En effet, une infraction doit comporter trois éléments : un **élément légal** (l'infraction existe dans le Code pénal, c'est le principe de légalité des peines et des délits ; par exemple l'homosexualité et l'adultère ne sont actuellement plus des infractions alors que ces deux situations l'étaient dans le passé) ; un **élément matériel** (les faits doivent être matériellement constatés : un cadavre, des constatations médicales de coups et blessures, un objet volé, etc.) ; et un **élément moral**, c'est-à-dire que le discernement de la personne n'est pas aboli et qu'elle dispose de toutes ses capacités psychiques pour commettre l'infraction. Quand un patient vante son irresponsabilité pour justifier une impunité permanente pour tout ce qu'il peut faire d'illégal, je le conteste vertement en reprenant l'argument que je viens d'exposer et en faisant bien la distinction entre les actes qu'il a réellement commis et "l'excuse" pénale dont il a bénéficié (ou maléficié pour certains). Bien entendu, ce propos abrupt, ramenant à la réalité, s'ajuste à l'état clinique de la personne et parfois le déni est tellement important qu'il est délicat de l'affronter brutalement, si ce n'est de courir le risque, en levant totalement ou partiellement le déni, de réveiller des angoisses d'anéantissement considérables, pouvant aboutir au suicide. Le non-lieu juridique pour le patient signe son irresponsabilité, mais pas celle des soignants.

Question : Pour les personnes condamnées et hospitalisées en D398 à l'hôpital psychiatrique, la peine continue-t-elle à courir ?

Réponse MD : Absolument. Le temps passé à l'hôpital est compté comme à la prison sur la durée de la peine. Si une personne est condamnée à un an d'emprisonnement et qu'elle passe un an à l'hôpital, elle aura "fait" sa peine. Mais cela est-il pour vous un problème ?

Réponse de la personne dans la salle : non, mais souvent les détenus ne le savent pas.

MD : les personnes détenues connaissent très bien ces situations. Et si elles ne le savent pas quand elles sont hospitalisées, alors cela signifie qu'elles ont vraiment besoin de l'être, qu'elles ont un réel problème psychique. Je n'avais jamais pensé à cet indicateur, mais à bien y réfléchir, il me semble que cette méconnaissance pourrait être considérée comme un bon indicateur d'hospitalisation...

NOUVEAU BUREAU NATIONAL ET REPRÉSENTANTS SPH

Conformément aux statuts du SPH, le conseil syndical national du 24 mars 2015 a procédé à l'élection du nouveau bureau :

- Président du SPH : **Marc Bétrémieux**
- Secrétaire Général : **Isabelle Montet**
- Trésorier : **Pierre-François Godet**

Constitution du bureau syndical national 2015-2018

- **Marc Bétrémieux** : Président du SPH / membre du CA de la CPH / membre du CA du Conseil National Professionnel de la Psychiatrie / membre du CA de la SIP / membre du CA de l'ODPCPsy.
- **Isabelle Montet** : Secrétaire générale du SPH / membre du CA de la CPH / rédactrice chef adjoint de l'Information Psychiatrique / membre du CA de l'ODPCPsy.
- **Pierre-François Godet** : Trésorier du SPH, de la SIP et de l'ODPCPsy.
- **Michel David** : Vice-président du SPH/ chargé de la question des patients placés sous mains de justice/rédacteur chef Adjoint de l'Information Psychiatrique.
- **Gisèle Apter** : Vice-présidente du SPH / chargée de la recherche et des relations l'université / membre du comité de lecture de l'Information psychiatrique / membre du CA de la SIP / membre du CA de l'ODPCPsy.
- **Alain Pourrat** : Délégation de l'organisation des soins en psychiatrie.
- **Catherine Samuelli-Massat** : Délégation des praticiens à temps partiel / relations avec le conseil de l'Ordre des médecins.
- **Jean-Pierre Salvarelli** : Délégations de l'organisation des soins en psychiatrie et relations avec les conférences des présidents de CME / CA CPH.
- **Jean Paquis**: Délégations de la psychiatrie à l'hôpital général/ financement et économie de la psychiatrie.
- **Anne Sophie Pernel** : Délégations Communications et publications syndicales / psychiatrie infanto-juvénile.
- **Paul Jean François** : Délégations expertise et psychiatrie légale / représentant SPH au CASP.
- **Marion Azoulay** : Délégation relation avec les psychiatres en formation et en début de carrière / comité lecture information psychiatrique.
- **Marie-Josée Cortés** : Délégation urgences et réseaux en psychiatrie.
- **Monique d'Amore** : Délégation statut des praticiens hospitaliers.
- **Georges Onde** : Délégation psychiatrie en Outre-Mer

Conseillers Membres de droit et invités permanents

- **Thierry Trémine** : Rédacteur en chef de l'Information Psychiatrique.
- **Bernard Odier** : Relations avec les organisations de défense de la psychiatrie & la Fédération Française de psychiatrie.
- **Yves Hemery** : Commission juridique / déontologie / soins sans consentement / comité rédaction Information Psychiatrique.
- **Hélène Brun Rousseau** : Questions scientifiques.
- **Nicole Garret Gloanec** : Questions scientifiques.
- **Gérard Rossinelli** : Expertise et psychiatrie légale.
- **Jean-Claude Penochet**

Conseillers nationaux

- **Didier Boillet** : Délégation organisation et défense syndicale.
- **Gérard Shadili** : Délégation psychiatrie en ESPIC / affaires juridiques des mineurs / comité de lecture de l'Information Psychiatrique.
- **Stéphanie Samson** : Délégation communication et publications syndicales.
- **Bertrand Welniarz** : Délégation pédopsychiatrie et FMC-DPC.
- **Jean Oureib** : Délégation affaires scientifiques, FMC, DPC / comité de rédaction de l'Information psychiatrique / CA de la SIP.
- **Denis Desanges** : Délégation statut des praticiens hospitaliers / CA CPH.
- **Jean Marc Chabannes** : Délégation psychiatres en début de carrière.
- **Philippe Houang** : Délégation financement.

Représentants du SPH dans différentes organisations en lien avec le syndicat

- **Information Psychiatrique** :
 - **Rédacteurs en chef** : Paul Bernard, fondateur (1945-1979), Pierre Noël (1980- 1997), Jean Paul Liauzu (1997-2002)
 - **Rédacteur en chef actuel** : Thierry Trémine
 - **Rédacteurs en chef adjoints** : Michel David, Cécile Hanon, Isabelle Montet
 - **Conseillers de la rédaction** : Pierre Noël, Jean Charles Pascal
 - **Rédacteurs** : Gisèle Apter, Marion Azoulay, Jacques Constant, Yves Hémerly, Eduardo Mahieu, Jean Oureb, Suzanne Parizot, Martin Reca, Jean Paul Tachon
 - **Consultants scientifiques** : Philippe Conus, Pierre Thomas
 - **Comité de lecture** : Charles Alezrah, Gisèle Apter Danon, Renaud de Beaurepaire, Jean Broustra, Hélène Brun Rousseau, Eric Corbobesse, Julien Fousson, Nicole Garret-Gloanec, Nicole Horassius, Olivier Labergère, Denis Leguay, Jordi Molto, Bernard Odier, Jean-Louis Senon, Gérard Shadili, Hugo Trespalacios, Aude Van Effeterre, Michel Verpeaux
 - **Directeur délégué** : Marc Bétrémieux
 - **Administrateur trésorier** : Pierre-François Godet
- **CPH** : M. Bétrémieux, I. Montet, JP Salvarelli, D. Desanges
- **Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie** : P. Jean-François, Florence Tiget
- **CNPP** : Marc Bétrémieux, suppléant B. Welniarz
- **APPA** : Gérard Shadili, Denis Desanges
- **ODPC-Psy-AEFCP** : Marie-José Cortès

Cotisations 2015

	Cotisation SPH	Cotisation Société de l'Information Psychiatrique	Abonnement à la revue de l'Information Psychiatrique*	Total	Cotisation complète
Assistants Praticiens attachés - PAC Chefs de clinique Honoraires (retraités)	<input type="checkbox"/> 23 €	<input type="checkbox"/> 23 €	<input type="checkbox"/> 51 €		<input type="checkbox"/> 97 €
PH temps plein et contractuel - 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"/> 275 €
- Echelon 7 à 13	<input type="checkbox"/> 222 €	<input type="checkbox"/> 44 €	<input type="checkbox"/> 51 €		<input type="checkbox"/> 317 €
Salarié PSPH convention 51- 66	<input type="checkbox"/> 168 €				<input type="checkbox"/> 263 €
PH en position de cessation progressive d'activité	<input type="checkbox"/> 128 €				<input type="checkbox"/> 223 €
PH temps partiel 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 €
Salarié PSPH convention 51 - 66	<input type="checkbox"/> 78 €	<input type="checkbox"/> 44 €			<input type="checkbox"/> 173 €
Internes	<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 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

Les nouvelles syndicales sont sur www.sphweb.info et www.cphweb.info

Mr 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



@borderline @etat limite



www.studopoulain.fr - © Marie-Lor - mlmarie@orange.fr

30 sept. >
3 octobre 2015
ST MALO

Palais des Congrès Le Grand Large

34^{èmes} journées de la Société de l'Information Psychiatrique



Onze ateliers de communications sont organisés autour des thématiques suivantes :

- Psychopathologie/Anamnèse - Diagnostic/Classifications
- Soins/Place de la psychiatrie - Dépression/Bipolarité
- Attachement/Enfance - Adolescence/Dépendance
- Addictions/Corps - Enfance/Parents - Passage à l'acte/Suicide
- Justice/Rapport à la loi - Traitements/Pharmacologie.

Les communications d'une durée de 15 minutes auront lieu au sein des ateliers thématiques qui se dérouleront cette année le vendredi matin 2 octobre 2015, sans conférence en parallèle, afin de leur redonner une place prépondérante.

Pour être autorisé à communiquer, il est nécessaire de s'inscrire aux Journées et d'adresser, à l'aide d'un formulaire selon le modèle ci-après, un résumé de la communication, soumis au comité scientifique pour acceptation. Les auteurs seront informés de la décision du Comité Scientifique au cours du mois de juillet 2015.

Appel à communication

Le Comité Scientifique refusera les communications ne relevant pas du sujet du Congrès ou dont les résumés ne fourniraient pas d'informations suffisantes pour apprécier leur valeur.

Les décisions du Comité scientifique seront définitives.

Les résumés doivent comporter un titre précis et informatif, préciser l'objectif de l'étude, la méthodologie, les résultats nécessaires aux arguments et les principales conclusions, sans utiliser de phrases ambiguës. Ils doivent être dactylographiés en format word, police Arial, corps 12, en simple interligne et sans excéder 10 lignes (600 signes, titre compris). Ils seront adressés au plus tard le 27 juin 2015 par courriel en pièce jointe sous format Word au Dr Marion Azoulay, marion.azoulay13@gmail.com

Après acceptation de la proposition de communication et paiement des droits d'inscription, le texte intégral devra être fourni au Dr Marion Azoulay et au président de l'atelier avant le 12 septembre 2015 par mail. Les résumés des communications retenues seront publiés dans L'Information Psychiatrique avant la date d'ouverture des journées. Le texte intégral des communications retenues sera soumis, de façon anonyme, au comité de lecture de L'Information Psychiatrique pour acceptation à la publication dans un numéro de la revue L'Information Psychiatrique.

Mots clés

- Troubles de la personnalité - personnalité borderline - état limite
- Pathologie du lien - faille narcissique
- Dépendance - addiction
- Labilité émotionnelle - impulsivité
- Troubles de l'humeur
- Atteinte du corps - troubles du comportement alimentaire
- Auto-destruction - conduites suicidaires - suicide
- Psychothérapie - traitements médicamenteux
- Hospitalisation - urgence
- Prévention - santé publique - politique - économie

Argument

Les termes "borderline" et état limite sont utilisés en psychiatrie depuis le début du XXème siècle pour désigner des patients présentant des tableaux cliniques qui défient la nosographie classique. Le polymorphisme des symptômes, l'absence de signes spécifiques et l'intrication des tableaux cliniques en font un des diagnostics le plus complexe à établir.

Les classifications internationales semblent s'accorder sur les critères, tels que instabilité émotionnelle et affective, sentiment de vide et d'ennui, impulsivité. Cependant, l'association fréquente avec un trouble dépressif, des comportements addictifs, des passages à l'acte aut destructeurs, tout comme des symptômes psychotiques aigus obligent à faire la part entre des associations comorbides et des diagnostics différentiels, tels que troubles bipolaires, schizophrénie ou psychose induite par des toxiques.

De même, les pathologies limitées de l'enfant s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution. Beaucoup se présentent sous l'aspect dominant de troubles de la personnalité qui occupent une place originale entre troubles névrotiques et organisation psychotique. Sur un plan psychopathologique, la construction de la personnalité est marquée par un attachement désorganisé et un risque de dépression chronique, menant à une pathologie du lien. D'où les questions de transmission transgénérationnelle et de troubles de l'identification. D'autres questions se posent encore car le trouble de la personnalité borderline recouvre-t-il celui d'état limite ?

Devant des patients parfois déroutants, tour à tour en grande détresse puis asymptomatiques, souvent en rupture de soins, la nécessité d'une coordination entre différentes structures de soins et modalités thérapeutiques se fait plus que sentir pour éviter tout clivage des équipes. La combinaison entre les approches psychothérapeutiques et pharmacologiques impose une adaptation permanente des pratiques face à des sujets pour lesquels le risque majeur est le suicide.

Tout ceci nous invite à revisiter ce concept et à nous intéresser de plus près à la complexité nosographique et thérapeutique qu'il implique lors de ces journées de St Malo.

Modèle de résumé de communication

Présentateur de la communication :

Nom, Prénom : Fonction : E-mail :

Demeurant : Code Postal : Ville : Tel. :

Auteur (s) associé (s) :

Nom, Prénom : Fonction : E-mail :

Demeurant : Code Postal : Ville : Tel. :

Résumé (10 lignes maximum, à adresser par e-mail en fichier joint au format word) :

Dans quel atelier souhaitez-vous communiquer ?

Date limite d'envoi des communications : 30 juin 2015 - Rappel : inscription obligatoire pour les communications

Renseignements/Inscriptions : secrétariat SIP - tel : 03 21 08 15 25 - e-mail : secretariatsip2@gmail.com

borderline@etat-limite

Jeudi 1er	octobre matin		
9h - 12h30	10 sessions de DPC		
Jeudi 1er	octobre après-midi		
13h30	Ouverture des Journées		
14h	Rapport inaugural	AL. Simonnot	
15h	Grande conférence	F. Yeomans (Professeur à l'Université Cornell)	
16h	Pause - Stands - Café littéraire		
16h30	Conférence 1	Guelfi	↻ Classifications
	Conférence 2	B. Golse	↻ Parentalité
	Table ronde professionnelle : soins sous contraintes (avec la participation de A. Hasan et D. Robillard)		
17h30	Conférence 3	H. Herrman	↻ Famille du borderline
	Conférence 4	G. Vaiva	↻ Suicide / états limites
Vendredi 2	octobre matin		
9h	Table ronde DIM - SPH : économie de la santé Ateliers de communication 1 à 6		
10h30	Pause - Stands - Café littéraire		
11h	Symposium Recherche	A. Pham , JM. Thurin	
11h30	Club des jeunes psychiatres Ateliers de communication 7 à 11		
12h30	Déjeuner libre		
Vendredi 2	octobre après-midi		
14h	Conférence 5	M. Corcos	↻ Recherche sur les adolescents
	Conférence 6	B. Odier	↻ Devenir, pronostic, qu'attendre de la prise en charge
	Table ronde professionnelle : Loi de Santé (avec C. Muller et un représentant du Ministère)		
15h	Conférence 7	JJ. Rassial	↻ Symptomatologie du borderline
	Conférence 8	En attente	↻ dispositifs de soin pour les borderlines
	Conférence 9	JP. Benoît	↻ Adolescents, jeunes adultes
16h	Pause - Stands - Café littéraire		
16h30	Regards croisés	A. Dervaux , S. Maftouh	↻ Addictions et borderlines (en collaboration avec l'AMPP)
	Conférence 10	P. Vandael	↻ Troubles bipolaires et états limites
	Symposium	L'Evolution Psychiatrique	↻ Une détresse sans limite
17h30	Regards croisés	M. Robin, D. Ribas	↻ Etude de cas
	Documentaire	de R. Mises,	↻ commenté par J. Chambry
Samedi 3	octobre matin : Session médico-légale		
9h	Conférence 11	M. Botbol	↻ Etats limites et excuse de minorité, les évolutions de la justice des mineurs
9h45	Conférence 12	JL. Senon	↻ Que sont les psychopathes devenus ?
10h30	Pause		
10h45	Conférence 13	JC. Pénochet	↻ Jeunes criminels et états limites, les aléas de l'expertise
11h30	Conférence 14	D. Zagury	↻ Pathologie borderline et atténuation de responsabilité, jurisprudence expertale
12h15	Clôture des journées		



Programmes de DPC destinés aux psychiatres, publics ou libéraux

- 1 Responsabilité professionnelle
- 2 Autisme : diagnostic précoce
- 3 Tr des apprentissages
- 4 Secret pro au regard des nouvelles techno et des nouvelles lois
- 5 Liberté d'aller et venir
- 6 Evaluation du parcours des patients psychotique : bilan clinique/réhabilitation
- 7 Franck Yeomans : prise en charge psychothérapie
- 8 Evaluation du risque suicidaire
- 9 CAT devant un risque de négligence (carence) des parents pour leur jeune enfant
- 10 Certificats et JLD

Montant de l'inscription : 750 €

prise en charge ANFH pour les psychiatres publics
prise en charge OGDPC pour les psychiatres libéraux

RENSEIGNEMENTS/ INSCRIPTION

secretariataefcp@gmail.com
tel : 03.21.08.15.25

BULLETIN D'INSCRIPTION

(entourer la ou les cases correspondantes)	Convention Etablissement	Psychiatre Individuel	Membre de la SIP	Individuel Paramédicaux Retraités	Interne adhérent SIP et 1ère adhésion au SPH
2,5 jours	400 €	340 €	270 €	220 €	gratuit
1 jour	210 €	180 €	140 €	120 €	gratuit
1/2 journée (samedi exclusivement)	120 €	100 €	70 €	50 €	gratuit
Soirée du congrès	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €

L'inscription à un programme de DPC donne accès à l'ensemble du congrès

INFORMATIONS PERSONNELLES (écrire en lettre capitale - remplir un bulletin par personne - préciser Monsieur/Madame)

Nom - Prénom (Mr/Mme):

Profession :

Adresse de correspondance :

Ville : Tél. portable : Tel. travail :

E-mail (obligatoire et lisible) :

Souhaitez-vous une réduction SNCF : oui non

Souhaitez-vous une réduction Air France : oui non

DOCUMENT à RETOURNER avec le REGLEMENT pour inscription aux Journées :

Secrétariat de la SIP - CH Héning Beaumont - 585, avenue des Déportés BP 09 - 62251 Héning Beaumont cedex

REGLEMENT / ANNULATION : Le règlement des frais d'inscription se fait par carte bancaire sur le site www.inscrivez-moi.fr ou par chèque à l'ordre de la S.I.P. (Société de l'Information Psychiatrique), à transmettre impérativement avant le 21 septembre 2015. L'inscription est définitive dès l'encaissement du paiement. En cas d'annulation par écrit avant le 21 septembre 2015, les frais d'inscription seront remboursés. Après cette date aucun remboursement ne sera possible.

RENSEIGNEMENTS/INFORMATIONS : secrétariat de la SIP - tel : 03.21.08.15.25 - fax : 03.21.08.15.74 - e-mail : secretariatSIP2@gmail.com

Vous pouvez vous inscrire et payer directement par carte bancaire
<http://www.inscrivez-moi.fr>



Elle met au concours le poste de

Directeur(trice) médical(e)

La Fondation de Nant est organisée en un dispositif intégré de soins psychiatriques pour les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées avec des unités hospitalières, ambulatoires et intermédiaires, ainsi que des unités spécialisées.

Les établissements de formation post graduée (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, psychiatrie de la personne âgée), sont tous reconnus par la FMH, et sous la responsabilité d'un médecin chef de service.

Le mandat

Le(la) Directeur(trice) médical(e) doit garantir la cohérence de la gouvernance clinique.

Il(elle) veille à l'adéquation de l'activité clinique avec la charte institutionnelle et la mission de santé mentale publique de l'institution.

Comme membre de la Direction générale, il(elle) travaille étroitement avec le Directeur des soins et le Directeur administratif & financier.

Le profil

- Titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (de l'adulte ou enfant et adolescent), ou titre jugé équivalent.
- Formation psychanalytique et groupale.
- Expérience de direction, de gestion et de conduite clinique en tant que médecin-cadre.
- Intérêt pour l'enseignement et la formation.
- Capacité à promouvoir et développer la recherche clinique et la publication d'articles scientifiques.
- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et avec les réseaux de soins, les partenaires sanitaires, sociaux, économiques et politiques.

Entrée en fonction : Octobre 2015 ou à convenir.

Renseignements auprès de

M. Jean de Gautard - Président du Conseil de Fondation de la Fondation de Nant - Tél.: +41 21 921 24 70

Descriptif du poste et composition de la commission de nomination sont disponibles sur notre site internet : www.nant.ch

Candidatures

Les dossiers de candidature sont à envoyer, jusqu'au 20 juin 2015, à Mme Claudia Pateau-Bovey Responsable du Service des Ressources Humaines - Fondation de Nant - 1804 Corsier s/Vevey



FONDATION SANTÉ
DES ÉTUDIANTS
DE FRANCE

LA CLINIQUE DUPRE

Établissement psychiatrique accueillant des jeunes de 16 à 25 ans dans le cadre d'une double prise en charge soins-études.

RECRUTE UN MEDECIN PSYCHIATRE ADJOINT ou UN MEDECIN PSYCHIATRE ASSISTANT

Temps de travail : Temps Plein
Possibilité de détachement
pour un Praticien Hospitalier

Dans un projet professionnel pluridisciplinaire particulièrement enrichissant et motivant, l'accueil en soins de jeunes patients adolescents bénéficiant, au sein de nos structures hospitalières, d'une prise en charge scolaire dispensée par des équipes de l'éducation nationale, ainsi que d'un suivi socio-éducatif, soins relationnels et techniques aux patients, actions soutenues de formation professionnelle.

Diplômes et/ou expérience : Médecin spécialisé en psychiatrie.
Convention Collective FEHAP du 31 octobre 1951.

Date de prise de fonction : mai 2015

Contact : adresser lettre de motivation + CV au Docteur PAPANICOLAOU - Coordinateur Médical - 30, Avenue du Président Franklin Roosevelt BP 101 92333 SCEAUX CEDEX
Pour toute demande de renseignement : catherine.galat@fsef.net - 01 40 91 50 50



ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ERASME

Recrute pour le pôle 92105 de psychiatrie infantile-juvénile des Hauts-de-Seine

2 psychiatres ou pédopsychiatres PH titulaire ou contractuel, temps plein.



- Un poste de médecin responsable d'un CATTp petite enfance 3-9 ans avec 4 demi-journées en CMP (site Boulogne-Chaville).
- Un poste à l'unité intersectorielle d'hospitalisation pour adolescent avec des demi-journées possibles en CMP/CATTp adolescent (site Antony-Meudon).

Présentation du service : Le service est un service de pédopsychiatrie générale comprenant :

- Un dispositif pour les adolescents : CMP, CATTp, hospitalisation.
- Un dispositif de prise en charge des pathologies du jeune enfant : CMP, CATTp.
- Des dispositifs de prise en charge incluant le psychodrame psychanalytique et la thérapie familiale.
- L'établissement dispose d'une unité de recherche avec possibilités de demi-journées dédiées.

A pouvoir dès
que possible.

Personne à contacter : Madame le docteur Nancy PIONNIE-DAX - Médecin chef du pôle 92105
Tél. : 01 46 74 31 90 - Mail : severine.kallou@eps-erasme.fr (secrétariat)



Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique de Sevrans Recrute un(e) pédopsychiatre en CDI CCNT 15 mars 1966

Le CMPP de Sevrans, situé à 5 mn à pied du RER, est une structure jeune, ouverte au public depuis février 2010. L'équipe pluri-professionnelle est actuellement composée d'une vingtaine de personnes, dont des psychiatres, psychomotriciens, orthophonistes et psychopédagogues.

A l'écoute des besoins des enfants, nous mettons en place des prises en charges individuelles, groupales et des consultations familiales.

Nous recherchons un(e) (pédo)psychiatre qui assurera la fonction de médecin-référent auprès des familles, de consultant, voire de thérapeute et participera à la finalisation du projet d'établissement.

Le poste à pourvoir est à 0,5 ETP, soit 16h30 de présence dont 3h de synthèse, le mardi matin.

Candidatures à adresser à :

Mme Artis - Directrice Administrative - CMPP - 6, Allée La Pérouse - 93270 Sevrans - 01 43 83 65 62 - cmpmsevrans@orange.fr

L'Hôpital de Gonesse dans le Val-d'Oise recrute sur des postes de praticien hospitalier et d'assistant au sein du Pôle de Psychiatrie Infantile-Juvenile.



Sont vacants actuellement :

- 3 postes de praticien hospitalier à temps plein (sur 10 postes de PH en tout)
- 1 poste d'assistant (sur 3 postes d'Assistant)



Hôpital offrant un partenariat fructueux avec les somaticiens (pédiatrie et maternité) mais aussi avec le pôle de psychiatrie adulte.

Le service est agréé pour recevoir 2 internes. Le secteur comprend :

- Un « Espace Adolescent » pour des jeunes de 12 à 18 ans (hospitalisation temps plein, centre de jour, équipe mobile et psychiatrie de liaison)
- Deux hôpitaux de jour et deux CATTp pour les enfants de 3 à 10 ans. Les hôpitaux de jour sont engagés dans une recherche sur les approches intégratives dans la prise en charge des enfants autistes. Ils sont aussi à l'origine d'une plateforme TED regroupant tous les partenaires impliqués dans la prise en charge des autistes dans l'Est du Val-d'Oise
- 5 CMP avec des temps à pourvoir sur les CMP de Garges, Gonesse, Louvres/Fosses. Les CMP ont à leur disposition une équipe mobile TED de diagnostic et d'évaluation de la psychiatrie de liaison en maternité avec un projet de périnatalité en attente de financement (équipe mobile et CATTp). La direction de l'hôpital est ouverte à la possibilité de poste partagé pour les assistants avec un poste sur un hôpital parisien.

Si vous souhaitez rejoindre le Centre Hospitalier de Gonesse, merci de joindre le chef de pôle, le Dr GUETTIER - Pôle de Psychiatrie Infantile-Juvenile secteur 95-I-03 au 01 34 53 21 07 - 25, RUE BERNARD FEVRIER - B.P. 30071 95503 - GONESSE CEDEX

WWW.CH-GONESSE.FR

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan Recrute



UN PSYCHIATRE ET UN PEDOPSYCHIATRE POUR SON PÔLE DE PSYCHIATRIE

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan c'est :

- 1 195 lits et places.
- 2 300 salariés dont 200 personnels médicaux.
- 7 pôles d'activité clinique.
- Un plateau technique complet et performant.

Le pôle de psychiatrie :

- Un seul pôle clinique pour toutes les activités de psychiatrie.
- Une offre de soins complète et diversifiée :
- Pédo-psychiatrie • Psychiatrie de l'adolescent
- Gériatopsychiatrie
- Prise en charge de détenus en intrahospitalier
- Unité de psychiatrie de liaison
- Dynamisme du réseau territorial des structures sectorielles et intersectorielles • Hospitalisation complète non sectorisée

Travailler au Centre Hospitalier de Mont de Marsan, c'est aussi :

- Bénéficier de la qualité de vie dans Sud-Ouest en général et en Aquitaine en particulier.
- Profiter de la proximité de la côte atlantique l'été et des stations des Pyrénées l'hiver.
- Bénéficier de la proximité de grandes villes comme Bordeaux ou Pau.
- Habiter à 3 heures de Paris (T.G.V.) tout en étant à 2 heures de l'Espagne.

Convivialité, hospitalité et esprit de fête complètent ce portrait d'un département en tout point accueillant.

Poste de psychiatre :

- Une équipe de 18 praticiens en psychiatrie adulte et de l'adolescent.
- Poste à temps plein.

Poste de pédopsychiatre :

- Une équipe de 5 praticiens.
- Option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Orientation psychodynamique souhaitable.
- Consultations thérapeutiques au CMP de Mont-de-Marsan.
- Responsabilité médicale du CATTM Maison d'Oze.
- Poste à temps plein.

Les postes sont à pourvoir immédiatement.



centre hospitalier
MONT DE MARSAN

Personnes à contacter :

Docteur BUJON PINARD - Chef de pôle
patricia.bujon-pinard@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 12 60
Madame BOUQUEREL - Directeur des affaires médicales
affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 10 20
Avenue Pierre de Coubertin - 40 024 Mont-de-Marsan Cedex
www.ch-mt-marsan.fr



ITEP LECOCQ - ASSOCIATION OREAG dans le Languedoc-Roussillon recrute :

Médecin pédo-psychiatre ou psychiatre

Profil : Diplômé en psychiatrie justifiant d'une expérience et d'un fort intérêt pour le travail institutionnel et en équipe pluridisciplinaire.

Responsabilités :

- Suivi thérapeutique des enfants et adolescents, de l'établissement du diagnostic à leur arrivée, en cours et en fin de prise en charge.
- Rencontre des familles dans le cadre du séjour.
- Indication des soins dans le cadre du projet individuel des enfants et adolescents, prescriptions médicamenteuses et suivi des traitements.
- Participation aux réunions de travail et de synthèse en équipe pluridisciplinaire.
- Rédaction des rapports psychiatriques.

Localisation et possibilités de temps de travail semaine :

- 28h00 à l'ITEP Lecocq - 33850 Léognan
- 10h00 à l'ITEP Macanan - 33270 Bouliac.
- D'autres temps de travail pourraient être proposés au sein d'autres établissements de l'OREAG (AEMO, CMP).

Conditions de travail :

Soumis à la Convention Collective nationale des médecins spécialistes qualifiés au regard du conseil de l'ordre travaillant dans les établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées et à la convention collective du 15 mars 66 + l'accord d'entreprise du 26 juin 1999 relatif à la réduction du temps de travail, au Contrat de Travail et au Règlement Intérieur de l'OREAG.

Poste à horaires selon emploi du temps pré-établi. Selon spécificités article 8 de leur convention tel que précisé dans le contrat de travail.

Merci d'envoyer vos candidatures à Madame Nathalie LIEVAL - Directrice
Téléphone : 05 56 64 75 42

Courriel : direction.itep-lecocq@oreag.org

Adresse : ITEP Alfred Lecocq - 30 cours Gambetta - 33850 LEOGNAN

Vous avez envie de vous associer à la dynamique et à l'essor d'une Fondation reconnue d'utilité publique. Créée en 1898, s'appuyant sur la force de ses 170 salariés et sur sa gestion rigoureuse, la Fondation Lucy LEBON intervient sur les territoires de la Morne et de la Haute-Morne dans le champ du handicap et de la protection de l'enfance.



Pour son ITEP situé à Vitry-le-François et à Châlons-en-Champagne et son SESSAD à Vitry-le-François (51), la Fondation Lucy LEBON recrute :

1 PSYCHIATRE (H/F) CDI - Temps partiel (0,30 ETP)

Poste basé à Vitry-le-François et Châlons-en-Champagne

Convention collective du 15 mars 1966

Vos missions : rattaché(e) à la Direction de l'établissement, le psychiatre travaille en collaboration avec le médecin référent et une équipe pluri-professionnelle : infirmier, psychomotricien et chef de service.

Les missions principales sont les suivantes :

- La coordination du projet thérapeutique.
- Le diagnostic, le suivi et les prescriptions thérapeutiques.
- La coordination des soins et le suivi psychiatrique avec les partenaires extérieurs.
- La participation aux procédures d'évaluation et d'orientation.
- Les rencontres avec les familles.

Poste à pourvoir immédiatement

Votre profil : pédopsychiatre ou psychiatre attestant de pratique dans un service de psychiatrie infanto-juvénile référencée à la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.

Adresser dossier candidature : CV actualisé, lettre de motivation manuscrite et photocopie des diplômes, à la Direction Générale de la Fondation Lucy Lebon - eroueil@fondation-lucy-lebon.fr



LE CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER DE RENNES

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

Nombre de lits et places : 1 755 - 89 ETP médecins psychiatres et 12 ETP de médecins généralistes/9 secteurs de psychiatrie adulte/Pôle Addiction Précarité Pôle Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (avec UHSA)/3 Inter secteurs de psychiatrie Infanto-Juvenile, une fédération des Internats de psychiatrie infanto-juvenile Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Une Unité de Soins Longue Durée/Une Maison d'Accueil Spécialisée L'établissement comporte 2 pôles hospitalo universitaires.

Le projet médical 2012-2016 est en cours de mise en œuvre avec une orientation marquée vers les prises en charge ambulatoires.

**RECHERCHE****DES MEDECINS PSYCHIATRES**

Pour ses Pôles de Psychiatrie Adultes :

Des Praticiens Hospitaliers Titulaires ou contractuels

(Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adulte, G06)

Des Assistants Spécialistes

(Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adulte, G04)

Pour ses pôles de Psychiatrie Infanto-Juvenile :

Des Praticiens Hospitaliers Titulaires ou contractuels

Des Assistants Spécialistes

Renseignements et candidatures :

M. POTIER - Directeur des Affaires Médicales - Centre Hospitalier Guillaume Régnier - 108, avenue du Général LECLERC BP60321 35703 RENNES CEDEX 7
d.potier@ch-guillaumeregnyer.fr - 02 99 33 39 34 | Mme le Dr SHEPPARD - Présidente de CME - 02 99 33 39 27 - e.sheppard@ch-guillaumeregnyer.fr



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

Psychiatre à temps plein ou à temps partiel

Statut convention collective FEHAP du 31 octobre 1951.

Nombreux avantages sociaux :

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

Renseignements concernant les fonctions auprès du Directeur - 04 75 20 15 10
ou du Docteur Lamolinerie - Président de CME - 04 75 20 14 43

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

LE CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER RECRUTE**PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN EN PSYCHIATRIE ET EN MEDECINE GENERALE****LE CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER**

agrandit son service d'urgence et double sa capacité.

Dans ce cadre, nous recrutons des praticiens hospitaliers temps plein en psychiatrie et en médecine générale.

Personne à contacter :

Mme le Docteur GILLOUX - Responsable du Service UMA UHCD
natalie.giloux@ch-le-vinatier.fr - 04 37 91 54 91 - 04 37 91 54 90

Françoise LORCA - Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche
francoise.lorca@ch-le-vinatier.fr - 04 81 92 56 40



Plus grand établissement de santé mentale de Lyon
Plusieurs services hospitalo-universitaires
Plusieurs équipes de recherche UHSA, UMD, etc.
10 pôles de psychiatrie



APEI du Grand Montpellier (23 établissements et services, 600 salariés et 900 personnes accueillies), recrute :

DES MEDECINS PSYCHIATRES

- 0.45 ETP soit 68.25 heures par mois pour les Foyers (hébergement et foyer de vie) les Ecureuils.
- 0.30 ETP soit 45.50 heures par mois pour le Foyer d'Accueil Médicalisé le Guilhem.
- 0.10 ETP soit 15.12 heures par mois pour l'Atelier Thérapeutique Occupationnel les Terres Blanches.
- 0.015 ETP soit 2.28 heures par mois pour le SESSAD les Mûriers.
- 0.25 ETP soit 37.92 heures par mois pour l'ESAT de Castelnaud.

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

Contrat à durée indéterminée.

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

Missions :

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

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

Ces postes sont à pourvoir immédiatement et pour les Ecureuils à compter du 1^{er} septembre.

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

Apptitudes :

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

Les candidatures (lettre de motivation manuscrite, curriculum-vitae) sont à adresser, au plus tôt, à :
M. le Président - APEI DU GRAND MONTPELLIER
1572, Rue Saint-Priest - 34090 MONTPELLIER

Vous êtes PSYCHIATRE H/F

Vous souhaitez intégrer une équipe compétente, dynamique et complémentaire ; Vous souhaitez vous investir dans un projet médical d'établissement réaliste mais néanmoins ambitieux ;

Rejoignez notre équipe de Psychiatrie et d'Addictologie sur le site de la Clinique Sainte Thérèse

- Équipe pluridisciplinaire dont 5 psychiatres (+ 0.8 ETP d'addictologue + 0.5 ETP somaticien)
- Activité en hospitalisation et activité de consultations
- Unité de soins psychiatriques d'hospitalisation sous contrainte
- Unité de soins psychiatriques d'hospitalisation libre
- 2 hôpitaux de jour (2x10 places) et 2 CMP
- Activité de liaison sur le centre hospitalier à proximité de la clinique
- Participation aux urgences • Participation à la permanence des soins

POSTE = 0.4 ETP Psychiatrie et 0.6 ETP Addictologie Intérêt pour l'Addictologie demandé quelque soit l'éclairage thérapeutique. Le profil du poste pourra être affiné en fonction des désirs et de l'orientation du candidat, mais collégialité et polyvalence recherchées.

Conditions d'exercice réellement attractives dans une très belle région, proche de la mer, de la montagne et de l'Espagne, Montpellier à 1h, Toulouse à 1h30.

LE CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE (Languedoc-Roussillon)



Candidatures à envoyer à : M. Le Directeur, Centre Hospitalier
BP 824, 11108 Narbonne Cedex - direction@ch-narbonne.fr

Renseignements :

- Dr Christian PFEIFFER, Chef du Pôle Psychiatrie
T 04 68 42 66 30 - christian.pfeiffer@ch-narbonne.fr
- DAMFSI - Bureau des Affaires Médicales
T 04 68 42 60 28 - affairesmedicales@ch-narbonne.fr



LE CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT A TOULOUSE

Etablissement spécialisé en psychiatrie

RECRUTE DES ASSISTANTS SPECIALISTES DES HOPITAUX



Cinq postes d'Assistant Spécialisé en Psychiatrie Adulte, et un poste d'Assistant Spécialisé en Psychiatrie Infanto-Juvenile, sont à pourvoir immédiatement. Des renseignements peuvent être obtenus auprès de Monsieur le Docteur HAQUI, Président de la CME - Tél. : 05 61 43 78 56 - radoine.haoui@ch-marchant.fr

Les candidatures avec CV sont à adresser à : Madame le Directeur des Ressources Humaines - Centre Hospitalier Gérard Marchant
134, Route d'Espagne - BP 65714 - 31057 Toulouse Cedex 1 - secretariat.drh@ch-marchant.fr

Des renseignements sur les postes peuvent être obtenus auprès des Chefs des Pôles concernés.

Secteur 1, 2, 6 : Monsieur le Docteur Radoine HAQUI - Tél. : 05 61 43 78 56 - radoine.haoui@ch-marchant.fr

Secteur 5 : Monsieur le Docteur Pierre HECQUET - Tél. : 05 61 43 45 50 - pierre.hecquet@ch-marchant.fr

Secteur 8 : Monsieur le Docteur Rémy KLEIN - Tél. : 05 61 43 45 80 - remy.klein@ch-marchant.fr

Secteur Infanto-Juvenile : Monsieur le Docteur Jean-Jacques JOUSSELLIN - Tél. : 05 61 43 78 72 - jean-jacques.jousselin@ch-marchant.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 CMI et HI - Pedopsychiatrie - Pathiers - HI - AFT.

Adresser CV et lettre de motivation à : M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines et Affaires Médicales
Du Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 SAINT-GIRONS CEDEX
Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr - Téléphone : secrétariat DRH - 05 61 96 21 94



CENTRE HOSPITALIER NORD DEUX-SÈVRES (Région Poitou-Charentes)

Etablissement couvrant une population de 120 000 habitants, réorganisant ses activités médicales dans l'optique de l'ouverture d'un plateau technique unique, projet soutenu par le ministère de la Santé et l'ARS.

RECHERCHE 3 PSYCHIATRES A TEMPS PLEIN

Le pôle de psychiatrie, situé sur le site de Thouars (79 100), a en charge les secteurs de Bressuire et de Thouars.

Site de Bressuire :

- Centres médico-psychologiques : consultations, entretiens psychothérapeutiques, visites à domicile, soins ambulatoires, travail en réseau, psychiatrie de liaison.
- Centres de jour : accueil, écoute, accompagnement psychologique et social, suivi thérapeutique individuel et/ou en de groupe.

Site de Thouars :

- Unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie adulte : offre de soins diversifiée et personnalisée, soins individuels et/ou groupe.
- Unité pour autistes adultes : hospitalisation à temps plein, temporaire et accueil de jour.
- Centres médico-psychologiques et de jour.

Sur les deux sites :

- Unité médico-psychologique pour enfants et adolescents.
- Hôpital de jour.

Les candidatures accompagnées d'un CV sont à adresser à :

- M. André RAZAFINDRANALY - Directeur - Tél. : 05 49 68 29 02
13, rue de Brossard - CS 60199 - 79205 PARIHENAY Cedex
- M. Frédéric CRELOT - Direction des affaires médicales
crelot.frederic@chnds.fr - Tél. : 05 49 68 29 32
- Mme le Dr Salima BRAÏK-CHAREFI - Chef de pôle - Tél. : 05 49 68 30 62
Rue du Dr COLAS - CS 30181 - 79103 THOUARS Cedex

Chiffres 2011 :

- 22 457 journées (hospitalisation temps complet).
- 299 journées (hospitalisation nuit).
- 10 695 journées (hospitalisation jour).
- 24 948 accueils en CATTP.
- 25 889 actes en ambulatoire.

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTES (17) RECHERCHE

UN(E) PEDOPSYCHIATRE PH TEMPS PLEIN ou ASSISTANT



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'Angély, Saintes, Marennes, île d'Oleron) :

- 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.

Contact pour plus d'information :

Dr GIRAudeau-VILLAR Nathalie - Chef de Service - 3^{ème} secteur de pédopsychiatrie - Tél. : 05 46 95 15 27 - n.giraudeau@ch-saintonge.fr
Direction des Affaires Médicales - Tél. : 05 46 95 12 46 - Mail : aff-medicales@ch-saintonge.fr



Centre Hospitalier Verdun - Saint-Mihiel

3^{ème} 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 et à 1h de Paris et 1h30 de Strasbourg en TGV

RECHERCHE UN PSYCHIATRE

La psychiatrie adulte du CHVSM recouvre le secteur n° 5 G 02. Il assure la prévention, le dépistage, la prise en charge et le suivi des pathologies mentales et des souffrances psychologiques de la population du Nord Meusien, soit environ 84 000 habitants. Il offre des approches psychanalytiques, cognitivo-comportementales, systémiques et art thérapie et propose une équipe pluriprofessionnelle de prise en charge des délinquants sexuels en obligation de soins.

Secteur d'Hospitalisation

- Temps complet (56 lits, 3 unités).
- Temps partiel (Hôpital de jour Verdun et Montmédy, 35 places + 3, 1 unité).
- Appartement Thérapeutique (4 lits en ville).
- Unité de réadaptation psycho-sociale.

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).
- Psychiatrie de liaison (Services somatiques, PSY/SAU).
- Equipe mobile de psycho gériatrie.



www.chvsm.org

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

OFFRE D'EMPLOI : MEDECIN PSYCHIATRE

CDI à temps partiel (0,50 ETP possible) - Poste à pourvoir immédiatement - CCN 1966



Association La Paternelle

L'Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) Les Floretti situé à Richelieu (37) est l'un des deux établissements médico-sociaux appartenant à l'Association La Paternelle. Les 45 adolescent(e)s et jeunes majeur(e)s âgés de 14 à 21 ans qui sont accompagnés présentent des troubles du comportement, relationnels et de la personnalité. Dans le cadre du Projet personnalisé d'accompagnement, les orientations et leur mise en œuvre sont définies et suivies au cours d'élaborations partagées par les professionnels éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques. Ce travail interdisciplinaire s'effectuant en concertation avec les jeunes, leur famille et les partenaires (ASE, PJJ, psychiatrie inter secteur, services sociaux). Les modalités d'accompagnement sont l'internat ou semi-internat semaine ou séquentiel.

Le médecin psychiatre participe à la procédure d'admission des jeunes, il est responsable de la dimension thérapeutique des actions menées auprès du sujet et au niveau institutionnel, et participe à l'accompagnement hebdomadaire d'une unité éducative spécifique en coopération avec le psychologue et le chef de service.

Merci d'envoyer votre candidature à : L. Salmon - Directeur - vdj.lapaternelle@orange.fr

CENTRE



Le Centre Hospitalier Départemental Georges Daumézon

Responsable du dispositif de soins en santé mentale dans le Loiret, réparti en 7 secteurs de psychiatrie générale (adultes) et 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (enfants-adolescents).

RECHERCHE

1 PRATICIEN HOSPITALIER PSYCHIATRE

Pour le Centre Pénitentiaire Orléans Saran (CPoS).

Missions : intégrer et animer l'équipe pluridisciplinaire de soins psychiatriques de niveau 1 (ambulatoire et CATTP) et de niveau 2 avec ouverture progressive de 18 places d'hospitalisation de jour dans des locaux dédiés au SMPR. Orientation TCC souhaitée.

Contact : M. le Dr PARROT - Chef de pôle - fparrot@ch-daumezon45.fr - 02 38 60 79 83

2 PRATICIENS HOSPITALIERS PEDOPSYCHIATRES

Au sein du Pôle Continuité des Soins.

Intérêt marqué pour une forme au moins de psychothérapie. Organisation de la permanence des soins et inventivité, consultations, thérapie de groupe, animation de réunions cliniques et avec les partenaires.

Contact : Mme le Dr VERDIER - Chef de pôle - cverdier@ch-daumezon45.fr - 02 38 54 23 53

Lettre de motivation et curriculum vitae sont à adresser à : Monsieur le Directeur - CHD Georges Daumézon - direction@ch-daumezon45.fr

Pour tout renseignement d'ordre administratif : M. ETRONNIER - Directeur-Adjoint Chargé des Affaires Médicales - 02 38 60 79 00 ou retronnier@ch-daumezon45.fr

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

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

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



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

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

RECHERCHE

PICARDIE



La Fondation de Nant, responsable des services de psychiatrie publique du Secteur Est Vaudois, met au concours au sein de son Service de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents (SPPEA) **deux postes de médecin assistant(e) à 50% et à 60%** pour ses Policliniques d'Aigle et de Montreux.

Nous offrons : Une activité de consultation ambulatoire diversifiée, de suivi pédopsychiatrique et psychothérapique auprès des enfants, des adolescents et de leurs familles • Un travail diversifié au sein d'une équipe pluridisciplinaire • De vastes possibilités de formation en externe ou en interne (programme de formation complet de la Fondation de Nant sur www.nant.ch).

Entrée en fonction : 1^{er} novembre 2015.

Nous demandons : Diplôme fédéral de médecin ou équivalent • Intérêt pour l'approche psychodynamique de la relation thérapeutique • Intérêt pour le travail pluridisciplinaire.

Conditions d'engagement : Selon la convention fixant les conditions de travail et de formation des médecins assistants & chefs de clinique dans les hôpitaux d'intérêt public du canton de Vaud • Etablissement reconnu par la FMH en catégorie B (3 ans).

Renseignements : Dr Alejandro Rojas-Urrego - Médecin chef - 02 19 25 86 46

Les candidatures accompagnées d'un curriculum vitae, des copies de diplômes et de certificats sont à envoyer à :
Fondation de Nant - Service des Ressources Humaines - CH - 1804 Corsier s/Vevey ou par courriel : rh@nant.ch

SUISSE



Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés

Une association solidaire

10 000 médecins hospitaliers ensemble pour leur protection



Des contrats adaptés à chaque statut hospitalier et hospitalo-universitaire.

Prévoyance

Percevoir son **salaire** et ses **indemnités de gardes** en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité. Protéger sa famille en cas de décès.

Complémentaire Santé

Bénéficier de remboursements frais de santé performants

Obtenez
un conseil
personnalisé

01 75 44 95 15

Appel non surtaxé

www.appa-asso.org



Les contrats APPA sont distribués par Ressources France - SAS au capital de 43 024 €
RCS PARIS B 414936 740 - APE 6622Z - Immatriculation ORIAS - 07002753 - www.orias.fr
Organisme de contrôle pour toute réclamation : ACF - 61, rue Talbot - 75436 Paris Cedex 09

PRÉVOYANCE



SANTÉ



RETRAITE