

La LETTRE du

Numéro 12 - Décembre 2016



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE Bruxelles

27 - 28 septembre 2016

Mandat du président

Rapport moral

Les Motions syndicales

Les Ateliers

Les table rondes





DANS CERTAINES SITUATIONS,
RIEN NE VAUT
UNE BONNE COUVERTURE



INTERNES DES HÔPITAUX



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

100% du traitement de base net, gardes incluses

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

Complémentaire santé à partir de 15 € / mois



INFORMATIONS ET SOUSCRIPTION EN LIGNE
APPA.RESSOURCES-FRANCE.COM

ft



Sommaire

Compte-rendu du mandat du président	05
Rapport moral de la secrétaire générale	16
Motions syndicales votées en assemblée	21
Statut de psychiatre des hôpitaux et devenir dans les GHT	26
Soins sans consentement, contraintes et droits des patients au regard du droit européen	28
Table ronde : Exercice de la psychiatrie publique au futur	41
Table ronde : Organisation territoriale de la psychiatrie	43
Table ronde : Le métier de psychiatre au futur	46
L'adhésion au SPH	52
Organigramme du SPH 2015-2018	56

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.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SPH - BRUXELLES

27 - 28 septembre 2016

PROGRAMME

MARDI 27 SEPTEMBRE

17h00 - OUVERTURE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Compte-rendu de mandat du Président (Marc Bétrémieux)
Rapport de la Secrétaire générale (Isabelle Montet)

Votes Rapport du Trésorier (Pierre-François Godet)
L'Information Psychiatrique : état des lieux (Thierry Trémène)

MERCREDI 28 SEPTEMBRE

09h00 à 10h30 ATELIERS SYNDICAUX

Atelier 1

Pédopsychiatrie au futur (première partie)

A.-S. Pernel, F. Roos-Weil, V. Delvenne, G. Apter

Atelier 2

Statut de psychiatre des hôpitaux et devenir dans les GHT

M. D'Amore, D. Desanges, J. Trevidic, M.-T. Duault, C. Samuëlian

Atelier 3

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

M. David, P. Jean-François, L. Lestrez, G. Shadili

Atelier 4

Le métier en psychiatrie

K. Yebbal, M.-J. Cortès, I. Montet, J.-P. Gognau, J.-M. Chabannes

11h00 à 12h30 ATELIERS SYNDICAUX

Atelier 5

Pédopsychiatrie au futur (deuxième partie)

A.-S. Pernel, F. Roos-Weil, V. Delvenne, G. Apter

Atelier 6

Gouvernance, GHT, CPT

A. Pourrat, J.-P. Salvarelli, D. Boillet

Atelier 7

Formation initiale et Développement Professionnel Continu

B. Odier, J. Oureib, G. Cézanne-Bert

Atelier 8

Futur de l'expertise en psychiatrie publique

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

14h00 TABLE RONDE

Syndicats de la Psychiatrie Publique au Futur

Présidée par Marc Bétrémieux

J.-C. Coffin (Maître de conférences Université Paris 8), M. Triantafyllou, (président du SPEP), J.-P. Salvarelli (SPH), N. Smolski (Présidente de Avenir Hospitalier)

15H00 VOTES DU QUITUS ET DES MOTIONS - MODIFICATIONS DES STATUTS DU SPH

JEUDI 29 SEPTEMBRE

16h30 à 18h30 TABLE RONDE PROFESSIONNELLE

Exercice de la psychiatrie publique au futur

Présidée par Marc BÉTRÉMIEUX, Président du SPH

Christian MULLER (Président de la Conférence des Présidents de CME de CHS), Roselyne TOUROUDE, (Vice-présidente de l'UNAFAM)

Jean-Louis FEYS, (Président de la conférence des Présidents de CME du Hainaut)

Charles KORNREICH (Président de la Société Royale de Médecine Mentale de Belgique), David GRUSON (Délégué général de la FHF)

VENDREDI 30 SEPTEMBRE

9h00 à 10h30 TABLE RONDE PROFESSIONNELLE

Psychiatrie publique, vers quel mode de financement ?

Présidée par Marc BÉTRÉMIEUX, Président SPH

Professeur André GRIMALDI, (Porte-parole du Mouvement de Défense de l'Hôpital Public), Jean-Jacques MORFOISSE (Directeur Général adjoint ARS Midi Pyrénées), François PINARDON (Responsable du pôle finances à la FHF), Jean OUREIB (Secrétaire général de la SIP, conseiller national SPH, médecin DIM) Bernard ODIER (Président de la Fédération Française de Psychiatrie, Bureau National du SPH), Jean PAQUIS (Chargé de la délégation Financement de la psychiatrie au Bureau National du SPH)

14h00 à 15h00 TABLE RONDE PROFESSIONNELLE

Organisation territoriale de la psychiatrie

Présidée par Marc BÉTRÉMIEUX, Président SPH,

Pascal MARIOTTI (Président ADESM), Isabelle MONTET (Secrétaire générale SPH),

Alain POURRAT, (Chargé de la délégation Organisation des soins en psychiatrie au Bureau National du SPH), Jacques TREVIDIC (Président de la CPH)

16h30 à 17h30 TABLE RONDE PROFESSIONNELLE

Le métier de psychiatre au Futur

Présidée par Gisèle APTER, Présidente SIP et Isabelle MONTET, Secrétaire générale SPH

Maurice BENSOUSSAN, Marc BÉTRÉMIEUX et Jean-Jacques LABOUTIERE, (président et past présidents du Conseil National Professionnel de Psychiatrie)

RAPPORT DU PRÉSIDENT

Marc Bétremieux

27 septembre 2016

Chers Collègues psychiatres des hôpitaux,

Bonjour à tous, merci de votre présence active à notre assemblée générale du SPH. Elle participe bien à Bruxelles à la dynamique de notre maison commune : A nous de penser la « Psychiatrie au futur ».

L'assemblée générale et les tables rondes professionnelles du SPH traiteront du devenir de la psychiatrie publique dans le contexte de mutations profondes des éléments structurels de la société. Nous sommes inscrits dans ce processus évolutif et cela nous oblige à questionner nos modèles et références de médecins, de psychiatres. A nous de mobiliser une volonté puissante et collective d'être acteurs de ces évolutions.

L'accélération de l'innovation court-circuite tout ce qui contribue à l'élaboration de la civilisation, écrit Bernard Stiegler dans son dernier livre intitulé « Dans la Disruption » et sous-titré « comment ne pas devenir fou ». Bernard Stiegler explique comment la structuration en réseau (il parle du monde hyper connecté), court-circuite systématiquement tout ce qui contribue à l'élaboration de la civilisation, et dit-il, vient liquider l'état de droit en tant qu'état délibératif fondé sur des légitimités réfléchies. Une barbarie « soft » technologique vient semer le chaos dans tous les secteurs. Ces mouvements de ruptures technologiques et idéologiques de tout ce qui paraissait couler de source, impactent toutes nos organisations et références. Notre volonté individuelle ou collective est prise de vitesse par ces systèmes.

Il y a aussi l'autre barbarie, celle que nous connaissons dans notre quotidien, à Paris en 2015, à Bruxelles le 22 mars 2016, à Nice le 14 juillet 2016 et beaucoup d'autres... Cette barbarie vécue par les populations de toute la planète et dont, on entr'aperçoit les effets sur le devenir des individus et des organisations sociales.

Notre travail syndical en Assemblée Générale du SPH et scientifique lors du Congrès de la SIP, doit faire émerger des nouvelles pensées plutôt que le risque d'une absence de pensée dans cette époque ! Pour vivre, la psychiatrie publique doit se projeter dans un avenir et transmettre ses valeurs aux nouvelles générations.

Assemblée Générale du SPH Bruxelles 2016

C'est dans l'ouverture aux flux de pensées qu'est inscrit en 2016 notre Congrès à Bruxelles, capitale de la Belgique, siège de nombreuses institutions européennes, mais aussi porteuse de toutes les projections.

Les richesses de Bruxelles et de la Belgique, que vous allez aussi découvrir lors de ces journées, ne doivent surtout pas se limiter à ces images réductrices.

Nous avons le grand honneur d'avoir parmi nous des représentants de la psychiatrie belge qui ont accepté de participer à différents temps de notre congrès et qui nous ouvriront à d'autres points de vue éclairés. Je salue particulièrement la présence du Professeur Charles

Kornreich, Président de la Société Royale de Médecine Mentale de Belgique et le Dr Jean Louis Feys, Président de la Conférence des Médecins Chefs de Bruxelles et de Wallonie. Ils participeront à la table ronde professionnelle SPH SIP « exercice de la psychiatrie publique au futur » jeudi 29 septembre à 16h30. Nous les remercions tous très chaleureusement.

Bruxelles est située à une heure en voiture de Lille et de la nouvelle région des Hauts-de-France. Les équipes régionales se sont mobilisées pour nous accompagner dans cette édition 2016 et je remercie tous les internes en psychiatrie qui se sont investis au sein de notre groupe et ont rejoint notre Comité Local d'Organisation. Ils seront acteurs pendant cette

semaine de notre réussite et je l'espère au sein de notre maison tout au long de leur vie professionnelle future.

Il y a un an, j'appelais à ce que l'esprit corsaire de Saint-Malo règne sur nos débats et marque les motions issues du congrès... Le bureau et le conseil du SPH ont porté tout au long de l'année les idées d'une psychiatrie publique forte au sein d'un service public hospitalier rétabli dans ses missions. Cette année syndicale 2015 / 2016 a vu les chantiers se multiplier et je vais tenter de vous en proposer dans un deuxième temps une lecture synthétique.

Penser le futur du syndicalisme médical

Je complète cette introduction en remerciant les membres du bureau et du conseil du SPH, ceux qui par leur engagement se sont investis dans notre collectif pour soutenir nos actions multiples. Je rappelle que nous avons besoin de l'énergie de chacun pour résister dans ce travail de tous les jours. Pour que vive le syndicat, il est indispensable que tous les conseillers s'impliquent dans ce travail, par la rédaction des textes syndicaux, des communiqués, par leur participation forte aux temps collectifs. C'est aussi un travail du quotidien par le soutien sans faille du syndicat en échangeant par mail, par téléphone avec des collègues de plus en plus nombreux vivant des situations difficiles. Je le répète, cette charge est extrêmement lourde et pour résister il nous

faut la porter collectivement par l'engagement de chacun.

La rupture que représente la recomposition de l'hôpital va obliger le syndicat à apporter des réponses à tous les collègues qui vont voir leur vie professionnelle se modifier. Pour vivre en phase avec la réalité du monde, le syndicat a besoin de forces neuves représentatives de ce que sont vraiment les psychiatres publics en France. Il faut nous questionner sur l'engagement dans la chose syndicale.

Quel est son sens pour les jeunes psychiatres qui vont choisir d'exercer dans le service public ? Comment allons-nous collectivement construire cet avenir ? Sur quelles nouvelles bases ? Sur quelles transmissions ?

Mercredi 28 septembre à 14h, une table ronde du SPH traitera la question des « syndicats de la psychiatrie publique au futur » avec comme invités Jean-Christophe Coffin, historien, Nicole Smolski, présidente d'Action Praticiens Hôpital, Michel Triantafyllou, président du SPEP et Jean-Pierre Salvarelli, membre du bureau du SPH.

Le SPH a construit un syndicalisme professionnel s'appuyant sur une pensée des soins et de la maladie mentale comme pathologie de la liberté de la personne. Le SPH c'est une pensée des soins en constante évolution, référencée historiquement au croisement de la politique de secteur et de la psychothérapie institutionnelle. Le SPH, c'est un syndicat médical de défense des intérêts individuels et collectifs de tous les psychiatres publics.

Evolution démographique des psychiatres publics

Je siège au Conseil d'Administration du CNG au titre de la CPH. Son rapport d'activité au 1^{er} janvier 2016 donne des informations précieuses sur l'évolution de notre corps professionnel :

- ◆ 43 349 PH dont 38 754 PHTP & 4 595 PH à temps partiel.
- ◆ Avec sur 10 ans une progression des PH temps plein de 26,6 %.
- ◆ Et une baisse des PH à temps partiel de 18,4 %.

Ce qui ne veut pas nécessairement dire évolution du temps médical à l'hôpital (car ARTT et transformations de postes).

Psychiatrie publique

- ◆ Au 1^{er} janvier 2016, 5 450 praticiens hospitaliers, dont 4 842 à temps plein et 608 à temps partiel.
- ◆ Part des temps plein 88,8 %.
- ◆ Les psychiatres représentent 12,57 % des PH au 1^{er} janvier 2016,
- ◆ La psychiatrie est à dominante féminine avec 55,5 % des PH en 2016 (soit + 0,50 par rapport à 2015).
- ◆ En 2016 l'âge moyen se situe à 51,2 ans et l'âge médian à 51,8 ans.

Le taux de vacance statutaire au 1^{er} janvier 2016 poursuit sa hausse et se situe au-dessus de la moyenne nationale !



- ◆ PH à Temps Plein 6 606 postes budgétés 4814 occupés statutairement.
- ◆ Taux vacance 27,1 % (total des disciplines 26,3 %) variation +0.1 %.
- ◆ PH à Temps partiel 1 141 postes budgétés 606 occupés statutairement.
- ◆ Taux vacance 46,9 % (total des disciplines 45,9 %) variation +0,6 %.

Autre réflexion du CNG, une projection à 15 ans construite sur deux scénarios d'entrées dans la carrière :

- ◆ Hypothèse 1 : nombre d'entrées constant.
- ◆ Hypothèse 2 : nombre d'entrées en progression en fonction du taux observé ces cinq dernières années.

- ◆ Entrées corrélées avec, toutes disciplines confondues, le nombre de départs à la retraite.

Pour la psychiatrie, dont la moitié des praticiens est âgée de plus de 52 ans au 1^{er} janvier 2015, l'inversion de la courbe (diminution des départs en retraite) se ferait à compter de 2022.

Attention danger, car selon les projections tendanciennes (hypothèse 2) la psychiatrie serait la seule discipline à présenter une baisse progressive des entrées !



Même si le solde global selon les deux hypothèses, resterait en augmentation et nous passerions de :

- ◆ Hypothèse 1 (entrées constantes) de 4 819 en 2015 à 6 159 PH en 2030.
- ◆ Hypothèse 2 (entrées en progression) de 4 819 en 2015 à 5 539 PH en 2030.

Mais si on approfondit, toujours selon ces deux hypothèses, le corps des PH psychiatres évoluera nettement en deçà de celui des PH :

- ◆ Hypothèse 1 (entrées constantes) de +27% alors que les PH de +35 %
- ◆ Hypothèse 2 (entrées en progression) de + 15% alors que les PH de +39 % !

Les mesures d'attractivité annoncées par la ministre permettront-elles de faire évoluer ces hypothèses ?

Quelles sont nos propositions ?

Nous alertons depuis des années les pouvoirs publics sur les risques liés à cette évolution démographique. Notre syndicat se veut force de proposition pour améliorer le statut des médecins hospitaliers, seule base solide pour structurer une véritable politique de soins.

L'atelier SPH « Statut de psychiatre des hôpitaux et devenir dans les GHT » animé par

Monique D'Amore, Denis Desanges, Catherine Massat Samuëlian, Marie-Thérèse Duault et Jacques Trévidic, président de la CPH, traitera aussi de ces questions.

Est-ce que le modèle actuel de formation des psychiatres répond aux évolutions des besoins et à une pratique de soins primaires en sec-teur ? Quels contenus, pour quelles maquettes ? Les psychiatres hospitaliers revendiquent quelle

place dans le parcours de formation initiale et continue ?

L'atelier SPH « Formation initiale et DPC » animé par Bernard Odier, Jean Oureib, Guillaume Cézanne-Bert, nouveau président de l'ODPC-Psy-AEFCP, doit définir pour les années à venir les orientations pour répondre aux évolutions des pratiques individuelles et collectives et des nouveaux outils.

Le syndicat de tous les psychiatres publics

Le SPH a pour ambition d'être le syndicat de tous les psychiatres publics Il se situe bien au cœur de la maison commune. Notre vitalité s'appuie sur le renouvellement des instances, le recrutement de nouveaux responsables et le respect de règles comme celle de parité en phase avec la réalité des psychiatres et qui a été affirmée dans la composition du bureau en 2015.

Nous avons travaillé à la modernisation de tous les documents de présentation, plaquettes, carte postale « 10 raisons d'adhérer », lettre du SPH. Enfin, un nouveau site avec une future lettre SPH électronique, projet qui a mobilisé fortement Pierre-François Godet, notre trésorier dans la rédaction d'un cahier des charges pour la maison commune et un appel d'offre.

Nous devons construire ensemble le futur du SPH pour répondre aux mutations actuelles.

Je remercie de leur investissement quotidien dans la vie de notre syndicat Isabelle Montet, secrétaire générale, qui a la lourde tâche de mettre en mots et en formes nos idées. C'est toujours pour moi un grand plaisir de partager nos réflexions et orientations pour que vive notre syndicat.

Je remercie Pierre-François Godet, trésorier du SPH, qui s'est attelé à une modernisation de nos outils de gestion et de communication ainsi qu'Isabelle Evrard, assistante du SPH, de la SIP et de l'ODPCPsy, qui nous accompagne depuis le congrès de Lille. Ils forment ensemble la structure financière et gestionnaire de notre groupe.

Je remercie aussi les deux Vice-Présidents du SPH : Gisèle Apter pour son engagement sans faille pour poursuivre le travail et faire rayonner la SIP et par là même le SPH à l'international.

Sa grande compétence en pédo-psychiatrie en fait un interlocuteur privilégié. Et Michel David, merci pour ton acuité permanente sur les questions des droits et des libertés et aussi pour ton expertise des soins auprès de personnes sous main de justice.

Je remercie Thierry Trémine rédacteur en chef et à la barre de notre revue de l'Information Psychiatrique avec l'ensemble du comité de rédaction. Ils ont fait évoluer le contenu des rubriques en phase avec nos attentes. Vous apprécierez dans les prochains numéros l'évolution de la maquette à l'image de notre maison.

Je souhaite enfin au nom du SPH que nous rendions hommage à notre collègue Pierre Noel, ancien rédacteur en chef de notre revue qui est décédé cette année.

Loi de Modernisation du Système de Santé, article 194 et projet de décret

La loi de modernisation de notre système de santé dans son article 194 nous apporte des orientations essentielles sur les droits et moyens syndicaux des praticiens hospitaliers.

Les règles définies pour la présentation aux élections professionnelles des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques seront précisées par décret. Ce point capital s'est soldé lors de la première réunion de consultation avec le ministère par la sortie de salle de la CMH, du

SNAM et de l'INPH refusant catégoriquement la discussion sur les moyens syndicaux et le risque de nouvelles élections.

La Confédération des Praticiens Hospitaliers au sein d'Action Praticiens Hôpital a rappelé immédiatement que la représentation doit être issue de règles démocratiques et transparentes. Seules ces règles permettent de mieux défendre les intérêts de tous les praticiens. Le syndicalisme est le meilleur moyen de défendre

les collègues et c'est collectivement que nous constituons une force de propositions pour l'hôpital public et ses acteurs. Démocratie, dialogue social et syndicalisme ne nous font pas peur ! Ces élections, nous devons les gagner ! C'est un absolu qui fera que nous serons présents car représentatifs et donc représentés dans toutes les instances du dialogue social et que nos valeurs y seront défendues avec force. Nous devons les préparer dès à présent.

Conseil Supérieur des Personnels Médicaux, Odontologistes et Pharmaceutiques

L'article 194 instaure la création du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé. Ce conseil sera saisi pour avis des projets de loi et des projets de décret

relatifs à l'exercice hospitalier de ces personnels et des projets de statuts.

Nos directeurs n'ont pas les mêmes scrupules que nos collègues des autres intersyndicales et

ils ont vu la publication du décret dès le 3 août 2016 instaurant un comité consultatif national. Nous exigeons le même degré de mise en œuvre pour tous les praticiens hospitaliers.

Commissions Régionales Paritaires

Les syndicats médicaux sont représentés au niveau régional dans les Commissions Régionales Paritaires.

Le SPH doit être représenté dans les treize régions par ses élus CPH dans toutes les Commissions Régionales Paritaires (CRP). Les cinq Inter Syndicales de PH ont demandé à la

ministre une évolution du nombre des représentants syndicaux des Commissions Régionales Paritaires afin qu'il se situe à hauteur de 4 titulaires et 4 suppléants par intersyndicale.

Conférence Territoriale de Dialogue Social et GHT

Les syndicats médicaux n'ont aucune place au niveau local, ni au sein des CHSCT, ni dans la conférence de dialogue social des GHT.

Le mouvement de recomposition des GHT va modifier profondément les conditions de travail des praticiens.

Il est impératif de pouvoir accompagner chaque collègue et chaque équipe au plus

près. Ces changements risquent d'entraîner une recrudescence des effets de souffrance et de perte de sens au travail que nous connaissons depuis l'application d'HPST.

Le SPH et la CPH (avec Avenir Hospitalier) exigent une défense de tous les praticiens au niveau territorial avec leur représentation par des syndicats médicaux au sein de la conférence de dialogue social des GHT.

Les positions sont tranchées la CMH, le SNAM et l'INPH refusant tout ce qui concernerait une représentation syndicale au niveau local. Préférant un syndicalisme de cabinet.

Pour la CPH et AH c'est maintenant une décision politique : il faut créer dans les mois qui viennent les conditions d'un véritable dialogue et lui donner les moyens.





Moyens syndicaux

Un décret doit prévoir la mise en œuvre des droits et moyens syndicaux. Ce point de reconnaissance est majeur pour nos syndicats.

Je remercie Denis Desanges, conseiller national du SPH, qui a rédigé la base de notre plateforme APH sur les moyens syndicaux.

Les Praticiens Hospitaliers sont gérés par un organisme national, le CNG. Nous demandons qu'à ce titre ils soient assimilés à un département ministériel de 48 000 agents pour l'estimation du crédit de temps syndical dont le montant atteindrait 208 ETP. S'y ajouteraient 20 jours annuels d'autorisations spéciales d'absence pour la participation des représentants syndicaux aux réunions de leur syndicat et des autorisations spéciales d'absence non limitées pour des réunions organisées par l'administration ou divers organismes public. Cela doit être complété par les moyens matériels en termes de locaux, de moyens informatiques, de formations, etc.

Le futur du métier de psychiatres à l'hôpital public dépendra de notre mobilisation en 2017, cette date ayant été retenue pour les élections. Nous aurons besoin de toute votre énergie pour gagner ces élections ! Nous les gagnerons par notre capacité à rassembler tous les praticiens de l'hôpital public qu'ils soient titulaires ou non.

C'est l'occasion de renouveler nos forces vives. Notre militantisme syndical en psychiatrie doit amener des nouveaux et jeunes membres cotisants et actifs dans cette maison commune qui est la leur. Il faut repenser le développement d'une vraie vie syndicale et professionnelle locale et régionale, il faut retrouver l'esprit de l'association fondatrice de notre syndicat.

Le SPH doit valoriser la créativité de chaque psychiatre au sein des différents collectifs : son équipe, son secteur, son pôle, son hôpital, son GHT et sa CPT, de sa région. Pour rallier tous les jeunes psychiatres il faut re construire avec

eux un modèle pour la psychiatrie publique qui leur fait sens.

Eux seuls pourront par leur dynamisme soutenir le ré enchantement de l'hôpital public, repenser les modèles d'organisations des soins en psychiatrie. Pour qu'ils fassent le choix de l'hôpital public, Il faut valoriser la place du psychiatre à tous les niveaux et la reconnaître à la hauteur des responsabilités. Il faut rendre tous les statuts de praticiens attractifs.

Je vous fais une proposition : chaque adhérent du SPH invite un (au moins) jeune praticien à adhérer au SPH et l'accompagne dans sa découverte du métier de psychiatre hospitalier et du militantisme syndical.

Nous fêtons en 2015 les 70 ans de la création du SPH, à nous de le projeter dans les 70 ans à venir, enrichi de ces nouvelles forces vives !

Écrire le bilan de l'activité syndicale nationale du SPH 2015 / 2016



Suite au congrès de Saint-Malo et de ses motions, nos interventions ont visé en priorité les deux grands chantiers ouverts par la ministre :

- ◆ La loi de Modernisation de notre Système de Santé, Innover pour mieux Prévenir Soigner Protéger.
- ◆ L'Attractivité médicale à l'hôpital.

Le SPH est représenté au CA de la CPH et d'Action Praticiens Hôpital où j'assure la charge de secrétaire général. La charge en a été colossale avec la multiplication de groupes de préparations des décrets de la LMSS et du chantier sur les textes « attractivité médicale » avec la DGOS et le cabinet de Marisol Touraine. Nous saluons la volonté politique affirmée du ministère de concertations sociales avec les représentants élus des praticiens mais cela ne peut plus se faire sans les moyens.

Psychiatrie Publique et Loi de modernisation de notre système de santé

Pendant le dernier trimestre 2015 et jusqu'à sa publication le 26 janvier 2016, le SPH est intervenu sur tous les fronts afin de faire évoluer les textes en apportant des amendements à l'article 13 consacré à la psychiatrie et la santé mentale, qui sont devenus les articles 69 à 73.



❖ Loi de Modernisation de notre Système de Santé, article 107 et GHT

Les négociations ont été intenses et pas seulement qu'avec le ministère :

Le 2 novembre 2015, après de nombreuses discussions, le SPH signait un communiqué prenant acte de la volonté exprimée par Marisol

Touraine de prendre en compte « la spécificité territoriale de la discipline » pour la constitution de GHT.

Pour le SPH, les projets médicaux garants de parcours de soins pertinents et d'actions de

prévention sont les supports essentiels et préalables aux décisions concernant l'organisation territoriale des établissements disposant d'activités de psychiatrie.



◆ Communauté Psychiatrique de Territoire

L'accent mis sur les communautés psychiatriques de territoires (CPT), qui devraient être généralisées, confirme la pertinence de ces dispositifs qui ont vocation à réunir, autour d'un contrat et de projets territoriaux, l'ensemble des acteurs et établissements exerçant une activité de psychiatrie, en y associant les institutions médico-sociales. Les CPT constituent les seuls dispositifs permettant d'inclure dans le même espace de travail l'ensemble des professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale.

Nous avons avec Isabelle Montet rédigé une proposition de textes consacrés aux CPT et

GHT. Nous avons activement défendu nos modèles dans nos rencontres avec le cabinet de la ministre, avec la DGOS et avec les acteurs de l'hôpital comme Pascal Mariotti, président de l'ADESM, qui a été notre invité lors d'un conseil du SPH, mais aussi David Gruson, délégué général de la FHF, qui a reçu la délégation d'APH dès sa prise de fonctions.

Ces orientations ont été proposées aux trois conférences de président de CME et en premier lieu à Christian Muller pour les EPSM.

Vous retrouverez à Bruxelles tous ces acteurs majeurs de l'hôpital, invités pour débattre avec

nous dans nos tables rondes professionnelles SPH / SIP, « exercice de la psychiatrie publique au futur » jeudi 29 septembre et « organisation territoriale de la psychiatrie » vendredi 30 septembre.

Vous avez tous lu nos exigences dans l'article : « Politique territoriale de santé mentale et loi de santé » publié dans la lettre du SPH numéro 11, et dans celle de la CPH.

Depuis la publication de la loi du 26 janvier 2016 LMSS, nous participons à toutes les réunions de concertations sur les décrets et y affirmons les attentes de la psychiatrie publique.

◆ GHT au 1^{er} juillet 2016 et établissements psychiatriques

Le SPH défend des modalités de parcours de soins référencés au modèle de la politique sectorielle en psychiatrie. Nous avons rappelé notre vision auprès de la DGOS, échangé avec tous les acteurs institutionnels de l'hôpital et rencontré en direct le cabinet de la ministre. Il ne fallait pas laisser s'installer dans les projets de certaines ARS, des préfigurations éloignées des réalités.

La loi promeut un modèle d'organisation territoriale restructurant les hôpitaux publics en groupes hospitaliers visant à condenser certaines spécialités du champ MCO. Dans ce champ, il faut trouver des solutions pour résoudre les effets de la baisse de démographie médicale, il s'agit d'opérer de vastes éco-

nomies d'échelles et surtout de se positionner face aux regroupements des cliniques du secteur privé. La logique concurrentielle emporte les organisations médicales qui sont structurées sur des financements liés à la tarification à l'activité. C'est un modèle essentiellement basé sur une économie de part de marché pour ne pas dire d'hypermarché.

Les GHT sont avant tout des outils de gestion et non de planification sanitaire. Nous avons exigé :

- ◆ Un projet médical partagé de territoire construit par les médecins et s'appuyant sur une élaboration collective des CME des établissements du territoire et par discipline.

- ◆ Des instances de coopération et en particulier une CME commune, rassemblant par discipline les responsables.

Les mobilisations au niveau local, départemental ou régional ont permis de limiter les situations difficiles dans la phase de constitution des GHT et de gagner dans nombre de régions. Bravo pour vos engagements et combats locaux qui ont été gagnés dans beaucoup d'établissements. Mais attention, tout n'est pas fini, ce n'est qu'une première étape.

◆ Article 69 et Décret CPT

La LMSS installe une planification régionalisée, elle y inscrit les spécificités de la psychiatrie et favorise les partenariats avec le médico-social ou la médecine libérale

Sur l'organisation de l'offre de soins psychiatriques on observe que si la sectorisation psychiatrique est légalement rétablie, elle ne recouvre que les prestations de proximité de premier niveau. Ce premier niveau s'articule avec un second niveau intitulé « projet territorial de santé mentale ». Les principes de proximité, continuité et coordination en adéquation constituent le socle incontournable de ces organisations. Sur ces bases, nous avons travaillé à l'élaboration d'un modèle de Communautés Psychiatriques de Territoire.

Dans la temporalité de la constitution des GHT, différents acteurs ont travaillé à des préfigurations de CPT avec en région AURA une CPT de « l'Arc alpin », à Toulouse ou encore dans le Nord-Pas-de-Calais avec une CPT de l'Artois.

Nous avons exercé une pression extrêmement forte, répétée et en intersyndicale pour contribuer à l'écriture du décret. Nous avons eu une concertation sur le décret le 21 juillet 2016.

Le changement de responsabilités au sein de la DGOS a sans doute permis une ouverture au dialogue sur les questions de la psychiatrie et de la santé mentale que nous espérons pérenne. Le texte répond en partie à nos attentes. Maintenant c'est à nous de la faire vivre dans chacun de nos territoires, dans cha-

cune de nos régions. C'est pour la psychiatrie l'occasion à ne pas manquer d'affirmer avec force la force et l'actualité de nos modèles de parcours de soins et de valoriser les moyens qu'il faut y consacrer.

Les questions de la gouvernance à l'hôpital à l'heure des GHT et des CPT seront l'objet de l'atelier syndical animé par Alain Pourrat, Jean-Pierre Salvarelli et Didier Boillet, mercredi 28 septembre à 11h.

Nous traiterons vendredi 30 septembre en table ronde professionnelle de « l'organisation territoriale de la psychiatrie » avec Pascal Mariotti, président de l'ADESM, Jacques Trevidic, président de la CPH, Isabelle Montet et Alain Pourrat.

La régionalisation en psychiatrie et santé mentale

La régionalisation est dès à présent l'enjeu politique majeur. La territorialisation des actions en santé se situe au cœur de la loi.

Nous savons le rôle des ARS dans la définition des politiques régionales, nous exigeons dans chaque nouvelle région une équipe ARS qui soit référente pour la psychiatrie. Les psychiatres dans chaque région doivent participer

à l'élaboration des nouveaux Projets Régionaux de Santé. Il faut des programmes spécifiques relatifs à la psychiatrie et la santé mentale avec des moyens, un calendrier, une évaluation en comité de suivi, en CSOS et CRSA.

Nous devons absolument prendre notre place dans les instances de psychiatrie des GHT, dans les Conférences Territoriales de Santé,

dans les Conseils locaux de santé mentale. Les conférences territoriales de santé doivent se saisir de ces problématiques et être forces de propositions, de suivi et d'évaluation, car ce sont elles qui sont les plus en phase avec la réalité des problèmes que vivent les populations. Elles doivent être des instances de poids dans la négociation des financements avec les ARS sur ces politiques de santé territoriales.

Le financement de la Psychiatrie publique

A Saint-Malo nous constatons que le ministère de la santé avait scellé la diminution des Dotation Annuelles de Financement en psychiatrie entamée dans certaines régions depuis 2012 ! L'opacité régnait sur les clefs de répartition au niveau national et aboutissait à un différentiel incompréhensible de leur évolution dans les régions. La même opacité s'appliquait aux critères de péréquation infra régionale sous arbitrage des ARS.

Le SPH demandait la transparence sur les critères d'attribution. Nous exigeons une révision des orientations retenues pour les DAF en 2015 et une réintégration du gel prudentiel de 2014. Le 2 novembre 2015, le SPH avec l'ensemble des organisations a fait part de leur préoccupation au vu de « la constante dégradation du financement de la psychiatrie ». Ce communiqué faisait suite à un courrier de la ministre qui assurait notamment son engagement « à ce que la plus grande vigilance soit assurée s'agissant des financements alloués à la psychiatrie ». « Des travaux seront

très prochainement engagés afin d'étudier les conditions d'une meilleure identification de ces financements tant au sein des établissements autorisés en psychiatrie que dans les futurs GHT ».

La ministre a confirmé son intention de créer un comité de pilotage national en psychiatrie, s'exprimant au côté de Manuel Valls, sans en donner aucune précision sur le calendrier ou sur ses objectifs. Je vous rappelle que la mise en place d'un comité de pilotage sur les modes de financement était prévue dans le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-15 et que Christine Bronnec avait annoncé en octobre 2013 que la DGOS envisageait de créer une telle instance, afin de faire évoluer le financement et la tarification. Aux côtés de Marisol Touraine, Manuel Vals a déclaré le 2 novembre 2015 qu'il fallait faire de la psychiatrie « une priorité nationale » !

Depuis cette déclaration d'intention, il n'y a pas eu création de ce comité. Et les DAF de Psychiatrie continuent en 2016 de baisser, toujours

contraintes à l'effort économique national. Nous sommes très satisfaits d'avoir été qualifiés de priorité nationale par le premier ministre !

Pour que les ambitions de la loi de santé permettent l'amélioration de la santé mentale de la population, le SPH exige que les moyens de la psychiatrie soient réévalués. Le SPH demande à être associé aux négociations nationales et régionales sur ces financements.

Ce chantier majeur ouvert en 2015 par le SPH se poursuit à Bruxelles par une table ronde professionnelle : « Psychiatrie publique vers quel mode de financement », Elle est programmée vendredi 30 septembre 2016 à 9h et réunira le Pr André Grimaldi, Mouvement de défense de l'hôpital public, Jean-Jacques Morfoisse, Directeur adjoint ARS Midi-Pyrénées, François Pinardon, Responsable Pôle Finance FHF et nos collègues Bernard Odier, Jean Oureib et Jean Paquis.



Soins sans consentement

Michel David nous rappelle dans la dernière lettre du SPH la nécessité d'une veille continue sur l'application de la loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013. Trop de levées se font pour des vices de procédures (évaluées environ à 120 par les juristes). Le SPH demande qu'un travail de suivi soit mené par le ministère avec les professionnels.

Les soins sans consentement ont connu une importante augmentation ces dernières années.

Le SPH en AG à Saint-Malo dans sa motion a rappelé sa vigilance particulière sur la problématique de l'isolement et de la contention et sur la mise en place du registre.

Adeline Hazan, Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), nous avait dressé une liste d'atteintes à la dignité et aux droits fondamentaux des patients observés lors de visites en établissements.

L'article 72 de la LMSS inscrit dans le CSP que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, sur décision d'un psychiatre, pour une durée limitée. Elles doivent être consignées dans un registre et les établissements doivent fournir un rapport annuel avec le nombre de placement à l'isolement et les moyens employés pour les éviter.

Adeline Hazan a émis en mars 2016 des recommandations en urgence relatives au Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA) à Bourg-en-Bresse. L'équipe du CGLPL constatait des « conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans cet établissement » et « un recours à l'isolement et à la contention dans des proportions [...] [jamais] observées dans aucun autre établissement visité ».

Le SPH a diffusé le 22 mars 2016 un communiqué rappelant que cette actualité ne doit pas favoriser les raccourcis et les caricatures

sur l'ensemble de la psychiatrie publique et sur ses patients et qu'il convient de resituer la question des pratiques dans l'évolution des demandes adressées à la psychiatrie. Michel David, vice-président du SPH, avait été auditionné le 20 janvier 2016 par la CGLPL pour présenter un document de synthèse et de références du SPH et de la SIP, qui a fait l'objet de plusieurs débats au sein du conseil du SPH. Très paradoxalement, nous avons constaté que le rapport de Mme Hazan en date du 25 mai, indique que les professionnels se désintéressent de la question.

Vous avez pu lire dans la lettre du SPH numéro 11 le dossier très complet mis en forme par Michel David sur ces thèmes. Ces questions seront au cœur de l'atelier syndical « Soins sans consentement, contrainte et droits des patients au regard du droit européen » animé par Michel David, Paul Jean-François et Gérard Shadili, demain mercredi 28 septembre à 9h.

Secret Médical et Professionnel

Le SPH a alerté les différents pouvoirs publics sur les risques liés à l'évolution de la législation en la matière.

L'intervention d'une pluralité d'acteurs étrangers à la prise en charge elle-même, pose la question de la disparition du secret médical en matière psychiatrique, ou tout au moins la question du secret partagé sur ce domaine.

Ce secret partagé est à comprendre ici, s'agissant du dossier d'une personne dont le suivi psychiatrique et social va être durable et complexe, comme mettant en jeu plusieurs dizaines de professionnels, voire plusieurs centaines... Or précisément, rien ne vient dans la loi de modernisation de notre système de santé légaliser une telle violation du secret médical sur ce terrain spécifique.

La CGLPL s'inquiète de la protection « des données de confidentialité essentielles à son champ spécifique », alors qu'il est prévu, dans le cadre du GHT, un SIH [système d'information hospitalier] commun avec des applications identiques.

Psychiatrie infanto-juvénile en danger

Le 12 mai 2016 le SPH communiquait sous ce titre en constatant que les représentants du ministère disqualifiaient les professionnels arguant de références scientifiques qui seraient refusées ou ignorées dans leurs pratiques dans le domaine de l'autisme.

Cette attitude a connu son apogée avec la consigne de Mme Neuville pour que les ARS procèdent à l'inspection des hôpitaux de jour accueillant des enfants avec diagnostic d'autisme. Cette inspection, qui néglige les visites planifiées de certification des hôpitaux menées par la HAS, devait être improvisée par les ARS pour vérifier l'application de simples recom-

mandations consensuelles à valeur faible sur le plan scientifique de bonnes pratiques.

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

Le SPH et l'USP enjoignent à la reprise des collaborations en bonne intelligence en

intégrant les professionnels de la psychiatrie qui depuis des décennies se consacrent aux personnes porteuses de troubles du spectre autistique et qui n'ont cessé d'adapter leurs pratiques à la richesse des savoirs diversifiés et complémentaires.

L'atelier syndical « Pédopsychiatrie au futur » mercredi 28 septembre à partir de 9h sera animé par Anne-Sophie Pernel, Fabienne Roos Weil, Gisèle Apter et notre invitée déjà présente à Saint-Malo, le Professeur Véronique Delvenne de Bruxelles et traitera de l'évolution des pratiques en psychiatrie infanto-juvénile dans ce contexte de mutation.

Le Métier de Psychiatre Public

Nous affirmons la nécessité de construire une psychiatrie publique humaniste, créative et inventive en permanence de nouveaux modèles. Nous devons la mettre en action tous les jours dans chacun de nos secteurs avec chacun de nos patients, avec leur entourage, avec tous nos partenaires.

Elle articule des modèles de prévention en santé mentale, du soin psychiatrique et de l'accompagnement, issus de son histoire construite sur une médecine s'articulant avec

les sciences humaines dans un contexte politique et économique.

Pour nous tous, militants d'une psychiatrie du XXI^{ème} siècle, cette lutte doit s'inscrire dans notre quotidien face au contexte actuel de pression économique intolérable et de pensée unique en termes de modèles et d'organisations. Nous défendons une approche intégrative de la complexité du fait psychique.

Deux temps seront consacrés dans notre congrès à la question du métier. D'abord un at-

elier syndical « le métier en psychiatrie » mercredi 28 septembre à 9h animé par Kahina Yebbal, Isabelle Montet, Marie-José Cortes, Jean-Pierre Gogneau et Jean-Marc Chabannes. Et vendredi 30 septembre à 16h une table ronde professionnelle SPH SIP « le métier de psychiatre au futur » qui réunira Jean Jacques Laboutière, Maurice Bensoussan et moi-même en tant que anciens et nouveau présidents du Conseil National Professionnel de Psychiatrie 2016, Isabelle Montet et Gisèle Apter.

Expertises et décret COSP

En 2015 au congrès de Saint-Malo, Jean-Claude Pénocet nous avait proposé une motion, ainsi le SPH et l'ANPEJ dénonçaient le 10 novembre 2015 la dégradation des conditions de réalisation des expertises psychiatriques pénales. Un mouvement s'amorçait vers des consignes de refus et de renvoi des missions d'expertise.

La parution au JO du décret (n° 2015-1869) du 30 décembre 2015, applicable au 1^{er} janvier 2016 instituait une nouvelle liste des collaborateurs occasionnels de service public (COSP) excluant les médecins experts judiciaires. Dès le 6 janvier 2016, la CPH et les IS dénonçaient l'arnaque pour les praticiens hospitaliers pratiquant des expertises, qui de salariés par la justice voyaient leur statut social radicalement modifié.

Suite à une mobilisation de tous, un décret a redonné la possibilité au PH d'être COSP.

Le SPH traitera pour les psychiatres de ces points demain matin dans l'atelier syndical « Futur de l'expertise en psychiatrie publique » animé par Paul Jean François, Dorothee Passerieux et Gérard Shadili.

L'Attractivité médicale à l'hôpital public

C'est par un cycle de concertations extrêmement dense que le ministre a ouvert le chantier du plan d'action pour l'hôpital public suite au rapport que le sénateur Le Menn lui a remis officiellement le 2 novembre 2015.

A l'issue d'une série de réunions en 2015, la mission Jacky Le Menn (avec Paul Chalvin) a inscrit « 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester ». Ce plan devait « encourager les plus jeunes praticiens à embrasser une carrière publique et inciter les seniors à poursuivre leur carrière à l'hôpital en créant les conditions d'une motivation tout au long de leur parcours professionnel ».

Le 25 novembre 2015, les cinq intersyndicales exigeaient la mise en œuvre sans délai des mesures les plus attendues :

- ◆ Les conditions d'accès au statut de PH pour les jeunes médecins ;
- ◆ Le contrat d'engagement pour débiter sa carrière à l'hôpital dans une zone sous-dense ou une spécialité en tension ;

- ◆ La reconnaissance du temps de travail médical en première partie de soirée.
- ◆ L'extension de l'application de la circulaire « urgentistes » du 22 décembre 2014 aux spécialités à sujétion comparable ;
- ◆ L'ouverture de négociation concernant la généralisation de la 5^{ème} plage de travail par 24 heures ;
- ◆ L'homogénéisation de la rémunération des astreintes et du temps de travail additionnel ;
- ◆ Les conditions de participation et d'indemnisation des praticiens à la constitution d'équipes médicales de territoire.

Nous avons participé avec Jacques Trevidic au nom de la CPH à une suite ininterrompue de longues phases de dialogue social alors que les mesures phares à décliner en urgence sont connues depuis longtemps.

La CPH a communiqué ses exigences à plusieurs reprises et avec les Intersyndicale le 17 mai 2016 en exigeant :

1. La cinquième plage.
2. La prime d'exercice territorial.

3. Les plages additionnelles et les astreintes.
4. L'augmentation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif.
5. La retraite des hospitalo-universitaires.
6. La création d'un 14^{ème} échelon des PH.

Ces mesures complètent l'homogénéisation des droits sociaux et droits d'exercice en début de carrière et la prime d'engagement de carrière hospitalière pour les zones sous-denses et les spécialités en tension. Dès la rentrée et devant l'inertie, c'est le SNPhare qui a allumé la mèche sur une journée de grève le 26 septembre 2016 sur la base de points essentiels pour tous les PH et pas seulement les anesthésistes. Les différents syndicats de la CPH : SNBH, SPH, SPHP, etc. et de AH ont dit leur soutien au mouvement de grève et d'autres syndicats, d'autres IS ont suivi !

Les présidents et secrétaires généraux des cinq intersyndicales se sont rencontrés le 12 septembre à Paris pour appeler à la journée d'action unitaire du 12 octobre 2016.



Tout n'est pas simple entre les intersyndicales et nous abordons une période pré-électorale mais l'unité est essentielle dans ce mouvement qui

doit être extrêmement fort et montrer nos exigences immédiates. Le SPH a fait connaître ses exigences et s'est inscrit dans la première phase

de mobilisation et de grève du 26 septembre 2016 avec la CPH et AH ! Les revendications d'attractivité nous concernent tous et partout...

En conclusion

Le SPH fait le choix de construire la psychiatrie publique au futur.

Il faut faire cesser d'urgence les disparités majeures d'accès aux soins psychiatrique au sein de la société et entre les territoires. Une véritable démocratie sanitaire passe par la prise en compte de la réalité que nous connaissons et nous avons la responsabilité de la faire connaître. Les psychiatres du SPH doivent se montrer incontournables.

La Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016 nous oblige dans chaque nouvelle région à l'écriture d'un Projet Régional de Santé II. Pour répondre aux ambitions de la Ministre de Prévenir, Soigner et Protéger, le SPH demande au niveau national comme au niveau régional, l'ouverture du chantier des moyens consacrés en France à la psychiatrie publique, de leur définition et de leur répartition sur les territoires.

Le SPH appelle à la mise en place du Comité National en Psychiatrie et Santé Mentale annoncé par Madame Marisol Touraine, ministre de la Santé et des Affaires Sociales et par Monsieur Emmanuel Valls, premier ministre.



RAPPORT MORAL

Isabelle Montet, secrétaire générale

27 septembre 2016



Placée en amont du thème ambitieux de La psychiatrie du futur que la Société de l'Information Psychiatrique a choisi pour le congrès scientifique, l'assemblée générale du SPH peut bien s'autoriser pour faire un bilan de l'action syndicale à recevoir les influences de la Science sur le statut du temps. Une affirmation posée par le théoricien de la relativité restreinte, Einstein, selon qui la distinction entre passé, présent et futur n'est qu'une illusion, ouvre la voie charmeuse des relations entre science et imaginaire, dont semble relever souvent celles entre psychiatrie et société, syndicalisme et pouvoirs publics.

Et pourquoi ne pas alors se laisser emmener par les qualités de la fiction scientifique ou science fictive qui, devenue science-fiction, a gagné un statut : objet d'étude qui lui a valu trois colloques au centre culturel de Cerisy-

la-Salle, reconnue comme le genre littéraire des savoirs de l'imaginaire, il lui est attribué le mérite de saisir les enjeux technologiques, sociaux et politiques des sociétés technologiquement saturées et de manière exploratoire, de contribuer à la mise en garde contre les dérives scientistes de la société post-moderne.

Dans le monde réel et bien présent, une nouvelle réforme de la santé a été décidée par le gouvernement : excursions spatio-temporelles et effets vortex accompagnent ses répercussions. Cette nouvelle réforme dite de modernisation est encore une fois qualifiée d'historique par le ministère, 7 ans seulement après la précédente menée par une équipe gouvernementale passée maintenant dans l'opposition : la relativité du caractère historique y est illustrée par l'usage des éléments de langage, mais aussi par l'indistinction passé-présent

que permet malgré l'« alternance politique », une opération de dénomination : la RGPP, « Révision Générale des Politiques Publiques » de 2007, devenue avec les mêmes objectifs et des outils semblables, la Modernisation de l'Action Publique, MAP en 2012.

Au début de ce mois de juillet, 135 Groupements Hospitaliers de Territoire ont été officialisés. Ces nouvelles entités spatiales sont les prémisses de la concentration de 850 établissements de santé ordonnée par la loi de modernisation du système de santé. La loi HPST avait poussé aux coopérations en créant la possibilité pour les établissements de santé publics de créer des Communautés Hospitalières de Territoire. Le gouvernement actuel vient de transformer l'absence de succès des CHT volontaires en réussite des GHT obligatoires.

Les assemblages ainsi créés ne sont pas encore des fusions car ils n'ont pas la qualité de personne morale. Cette opération intermédiaire est d'une part utile à la paix sociale pour ne pas heurter le monde hospitalier et les élus locaux, et constitue d'autre part une étape réaliste d'efficacité : pour accroître les chances de fusions réussies, les acteurs de terrain sont appelés à d'abord se connaître, tisser ensemble des liens à partir de filières de soins, mutualiser et déjà rationaliser certaines fonctions. L'émergence de l'établissement support de GHT et le projet médical partagé en sont les instruments.

Pour le coup cette réforme mérite d'être vraiment inscrite dans la jeune histoire de la santé publique, puisqu'elle redessine la place des hôpitaux publics dans le paysage sanitaire national. Les motivations mises en avant pour cette refonte de la planification sont bien évidemment du côté des avantages offerts aux patients grâce à un service public hospitalier rafraîchi : l'hôpital précédemment rénové par la loi HPST, doit participer au parcours de soins facilité et décloisonné, prendre le virage ambulatoire et ne plus négliger les soins de proximité.

Mais comme l'efficacité ne peut aller sans efficience, le contexte de cette réforme d'ampleur est celui rappelé par le tout récent rapport de la Cour des Comptes et par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale : la ministre de la Santé vient de se féliciter du redressement spectaculaire des comptes de la sécurité sociale et annonce même le prochain comblement du trou de la Sécu pour 2017. Parmi les postes d'économies, les GHT sont gages de 505 millions d'euros d'économie sur l'optimisation des achats et de 80 millions d'euros sur les dépenses.

Cette nouvelle réforme hospitalière doit servir le redressement des dépenses sociales qui pèsent dans les débats sur la dette publique. La dette publique, royale ou républicaine, a une histoire : son échelle temporelle ne la réserve pas aux économistes et dépasse celle des carrières politiques des actuels candidats aux fonctions présidentielles : son histoire sociale et politique est aussi un mode d'approche de la construction des états. Désapprouvée au siècle des Lumières par Montesquieu dans « l'Esprit des lois », elle accompagne l'élaboration des démocraties qui en interrogent la légitimité pour l'intérêt du bien public. L'hôpital public, service non marchand est aussi facteur direct et indirect de croissance, et tient sa place dans le secteur de la santé dont les dépenses doivent trouver l'équilibre entre besoins forcément croissants, et modes de financement. L'hôpital tient de plus une place particulière que l'histoire de la médecine situe à la naissance de la médecine moderne : doté de fonctions dont l'importance respective a évolué au cours du siècle, il est producteur de soins et de savoirs, instrument de politique publique, mais également chargé d'une mission d'assistance aux démunis depuis qu'il a pris le relais des aumônes générales et des dépôts de mendicité.

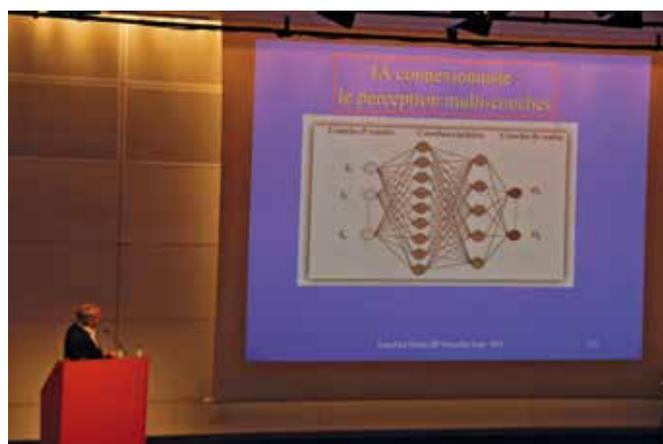
La priorité donnée à l'évolution technologique et spécialisée des soins à l'hôpital mais aussi à la gestion de la production qui en découle, l'a éloigné depuis longtemps de ses fonctions originelles d'assistance aux indigents, mais sans pourtant parvenir à les gommer. La loi de 1998 sur la lutte contre les exclusions a tenté de rétablir et d'organiser le rôle social de l'hôpital en instaurant une obligation de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (la Pass) pour les personnes en situation de précarité.

Ce dispositif ne connaît pas de bilan d'ampleur nationale plus récent que celui fait en 2003 : le recoupement des enquêtes menées par l'IGAS, la DHOS et l'ANAES concluait alors à un bilan « contrasté ».

Depuis, les alertes sur la croissance des inégalités ne se démentent pas. Il y a quelques jours le rapport de la Cour des Comptes en signalait la croissance en matière d'accès aux soins, en rapport avec un report des coûts sur les charges individuelles par désengagement croissant de l'assurance-maladie. L'Observatoire des inégalités vient également de signaler que le taux de pauvreté augmente, et estime à plus de 1 million le nombre de nouvelles personnes pauvres depuis 10 ans, par l'extension de la crise financière aux couches moyennes.

La loi de santé a traité les inégalités d'accès aux soins sous l'angle du défaut de financement individuel, auquel sont supposées répondre la généralisation du tiers payant et l'extension de tarifs sociaux aux bénéficiaires de Aide au Complémentaires Santé. Mais du fait des fonctions sociales multiformes de l'hôpital public, les conséquences de ce redécoupage inspiré par la quête de l'efficacité, ne sont pas encore éprouvées.

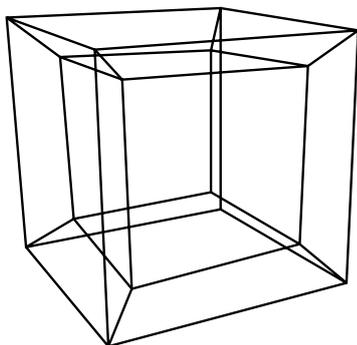
Cette fonction sociale de l'hôpital peut aussi se mesurer aux réactions de l'Association des Maires de France et de l'Association des petites villes de France qui ont exprimé leurs inquiétudes quant à la mise en place des GHT : sensibilisés par la carte judiciaire qui avait en son temps supprimé nombre de tribunaux locaux, ils craignent les répercussions négatives des GHT sur l'emploi et les services et manifestent donc peu d'enthousiasme pour des dispositifs qualifiés de « machines à broyer les hôpitaux locaux ». Ils réclament également une plus grande impli-



cation dans les instances, insatisfaits des rôles que leur prévoit la loi dans des assemblées aux influences limitées. La loi HPST avait lancé la tendance en modifiant leur place et leurs rôles au sein des établissements, quand les conseils d'administration ont été remplacés par les conseils de surveillance pour des rôles resserrés de simple contrôle et pour des domaines amoindris. Dans de nouveaux territoires dits de démocratie sanitaire, et au niveau de régions agrandies par la réforme territoriale, la loi les place au sein d'assemblées consultatives, les conseils territoriaux qui remplacent les conférences de territoire. Autant dire que du point de vue de l'élu local qui n'a pas la chance d'être celui de la ville de l'établissement support, l'éloignement des GHT frise l'abstraction.

Les risques de gigantisme associés au GHT touchent également les conditions de travail des personnels : d'un point de vue syndical, on peut emprunter au « roman d'anticipation » le pessimisme qui caractérise le genre pour imaginer les conséquences des mutualisations dans des territoires plus larges à couvrir. Les intersyndicales de praticiens exigent conjointement des garanties contre les atteintes aux statuts, des compensations et des mesures concrètes pour accroître l'attractivité professionnelle. On ne voit guère de raisons de se réjouir pour la place des médecins dans les GHT, tant les déséquilibres dus à la loi HPST sont déjà instructifs. Il est donc essentiel que la représentativité médicale et les instruments de contre-pouvoirs soient renforcées dans des espaces de service public toujours plus colonisés par les instruments des grandes entreprises.

A propos d'espace, ce que le mot territoire a gagné en force dans la réforme, il l'a, comme une langue étrangère sur une planète inconnue, perdu en signification. Omniprésent, il recouvre des sens multiples et c'est au domaine de la géométrie euclidienne qu'il faut pouvoir emprunter pour en imaginer les déclinaisons tant les projections multiples des territoires suggèrent des octachones et autres hypercubes.



En effet, on a déjà noté que les territoires de santé maintenant devenus territoire de démocratie sanitaire ne sont pas nécessairement les territoires ou périmètres que doivent circonscrire les GHT. Pour la psychiatrie l'organisation est une aventure à plusieurs dimensions :

- Ainsi, l'article L. 3221-4 désigne une « zone d'intervention » affectée aux établissements autorisés en psychiatrie par l'ARS pour assurer la mission psychiatrie de secteur.
- Mais aussi, le même article cite les « secteurs de psychiatrie » comme des territoires de proximité, qui seront déterminés par chaque établissement dans son projet d'établissement.
- Troisièmement, selon l'article L. 3222-1 c'est sur une zone géographique qui n'est pas nécessairement celle des secteurs de psychiatrie, que les missions de soins sans consentement sont réparties.
- Et également, l'article L. 3221-2 désigne un territoire de santé mentale dont la caractéristique principale est d'être « suffisant » pour associer différents acteurs dans un projet territorial de santé mentale.

Ces divers espaces doivent de plus trouver une articulation avec les territoires de démocratie sanitaire, les territoires de GHT, les territoires de CPT.

Les aires géographiques que les pionniers de la psychiatrie communautaire à la française pensaient avoir gravées en tant que secteurs dans le terrain de la désinstitutionnalisation pèsent donc peu face à la conquête de l'espace sanitaire par la Modernisation des Actions Publiques. Modernisation qui favorise la coexistence ou l'opposition d'univers parallèles.

Il y avait déjà ceux liés à l'histoire : la normalisation de la psychiatrie par l'affiliation des hôpitaux psychiatriques en 1970 dans le système hospitalier commun semblait en cohérence à l'époque avec le mouvement de désinstitutionnalisation et la fin des asiles. Au fil des réformes, la psychiatrie a régulièrement perdu les batailles de la prise en compte de ses spécificités. Si la pensée courte et gestionnaire servant l'efficacité y est pour quelque chose, la nature même de la psychiatrie l'encourage, protéiforme et perméable aux évolutions du statut social de la maladie mentale, et au savoir scientifique dominant. Un rapide voyage dans le temps rappelle que dès sa naissance au

monde de la médecine moderne, la psychiatrie a tenté de conquérir une identité et revendiqué des modernités périssables :

- ▶ À l'époque d'Esquirol, il était bien vu d'être aliéniste et membre du comité de rédaction des Annales d'hygiène publique et de médecine légale, représentant ainsi une psychiatrie médecine sociale. Quelques années plus tard, la neurologie l'emporte sur l'aliénisme avec l'élection de Benjamin Ball, soutenu par Charcot à la tête de la première chaire de spécialité des maladies mentales, contre le favori Magnan.
- ▶ La loi de 1838 synonyme aujourd'hui de réclusion asilaire a constitué la première loi du domaine maintenant incontournable de la santé publique.
- ▶ C'est au nom de l'hygiène mentale, expression détestable pour l'antipsychiatrie, qu'Édouard Toulouse a poussé à la création de services ouverts.
- ▶ Cures de Sakel et électrochocs constituaient les progrès scientifiques de l'entre-deux guerres et le prix Nobel a récompensé Egas Moniz pour la lobotomie en 1949.
- ▶ La psychanalyse, mais aussi le marxisme et la psychothérapie institutionnelle, ont innové dans la lutte contre la chronicité en renouvelant le regard clinique sur les déficients mentaux et la psychose.
- ▶ Le secteur constitue la plus importante réforme d'organisation de la psychiatrie publique moderne.

Ces regards multiples touchent aussi la construction de l'identité de psychiatre, médecin d'une spécialité qui tente de se définir en réaction à d'autres : aliénistes versus neuropathologistes, médecins des asiles périphériques versus patrons parisiens, médecins du Cadre nommés par l'état pour le contrôle social versus pratique libérale privilégiant l'intime de la relation, universitaires d'une spécialité de reconnaissance récente versus psychiatres des hôpitaux attachés à une histoire militante. Le nombre important de syndicats en psychiatrie qu'aucune autre discipline n'aura la prudence de nous envier, en est le fruit.

Flanquée de ces superpositions d'identités liées à son histoire, la psychiatrie doit aussi apprendre à cohabiter avec les acteurs mouvants de la santé mentale qui y dictent leurs influences.



Le succès de la démocratie sanitaire en psychiatrie appelle quelques observations :

- ▶ L'empowerment qui permet au patient de s'extraire du paternalisme médical rencontre aussi l'intérêt des pouvoirs publics désireux de contrôler les dépenses de santé : la responsabilisation du patient appuyée par l'éducation thérapeutique attend du sujet qu'il développe un pouvoir sur sa propre vie par des pratiques d'auto-santé. Les sociologues y voient le retour détourné du bio-pouvoir politique, également investi par le capitalisme : l'offre cet été de Generali France de proposer un programme d'assurance santé au comportement du client, à partir d'une analyse des données de santé renseignées en ligne et en contrepartie d'offres promotionnelles, en est une illustration. Le bon comportement de santé ainsi récompensé et préféré au sujet à risques annonce le spectre des inégalités en matière d'assurance santé et que condamnent les associations qui ont réagi à cette annonce. Quel comportement responsable est attendu du patient en psychiatrie pour être assuré ?
- ▶ L'application à la psychiatrie de la démocratie sanitaire fait aussi objet d'études sociologiques : ayant étudié la participation d'un usager dans un réseau de prévention en santé mentale, Erwan Autès en note les ambiguïtés et les paradoxes entre le rôle effectif de l'usager et ce qu'en présument les professionnels : il est en effet attendu de lui des capacités de participation et d'autonomisation qui peuvent rencontrer les limites de la pathologie et celle plus subtiles de l'assignation sociale faite au malade psychiatrique, et révélatrices dans les faits d'un défaut d'intégration.

- ▶ Les expériences de patients experts, de pairs aidants ou les associations d'entendeurs de voix, viennent comme savoirs profanes appuyer, plus qu'ailleurs, la perte d'autorité scientifique des professionnels. Si à cette remise en cause de légitimité scientifique on adjoint le phénomène de déprofessionnalisation que décrit Lise Demailly pour la société qui procède au déclin des groupes professionnels et à leur perte d'influence sur l'action publique, les psychiatres hospitaliers n'auraient pas d'autres choix que de se démotiver.

D'autres influences s'invitent dans le rapport de force en relation plus ou moins lointaines avec le transhumanisme : l'anthropologue Baptiste Moutaud observe à partir du discours sur leur maladie de patients souffrant de TOC, un processus d'identification des sujets au discours des neurosciences ; en se créant un neurochemical self, leur identité est redéfinie en référence au fonctionnement de leur cerveau. Il suggère que la raison du succès des neurosciences dans la population n'est pas tant liée à la valeur scientifique ou à l'efficacité des pratiques mais à l'attente des sociétés contemporaines en matière de théories sur le pouvoir propre du sujet.

Il faut compter également avec la e-santé mentale : en psychiatrie, des applications sont développées pour que le patient procède seul au recueil et au suivi de ses symptômes, ou à des exercices de TCC, ou utilise des outils informatiques pour faciliter son observance comme le rappel programmé de ses prises de traitement. Il faut sans doute projeter sur le rôle de ces accessoires pour le suivi psychiatrique des patients, puisque 2/3 de l'humanité est dotée d'un ordinateur personnel de poche.

L'emballlement pour ces nouveaux instruments est à mettre en perspective avec l'enjeu sur le marché mondial que constitue l'exploitation des données personnelles et auquel la santé n'échappe pas. Google a annoncé en décembre la création d'une filiale regroupant ses projets dans le domaine de la santé. Si certains projets sont qualifiés de futuristes comme les lentilles de contact mesurant la glycémie, son ambition serait de faire évoluer la médecine vers une meilleure prévention et vers une offre de soins adaptée au comportement à partir des recueils et analyses de données du patient. Un certain émoi a accueilli cependant l'annonce début 2016 que les dossiers médicaux de 1,6 million de patients de trois hôpitaux de Londres avaient été transmis à une entreprise appartenant à Google, avec l'objectif de développer une application pour aider les médecins à surveiller les insuffisances rénales, mais sans que les patients ne soient informés de la transmission de données qui dépassaient le cadre de la recherche.

D'autres partenaires plus ou moins inattendus font partie du paysage actuel ou futur de la santé mentale : au Japon, le vieillissement de la population et l'aide aux personnes dépendantes constitue un enjeu sérieux qui pousse au développement de programmes de robots de services. Une trentaine de centres médicaux ont acheté des modèles de la gamme Partner Robot, capables de parler, apporter un objet, tirer des rideaux. Le robot émotionnel interactif Paro, bébé phoque doté de capteurs et recouvert de fourrure, produit au Japon, rencontre un franc succès en Europe et aux Etats-Unis, dans les EHPAD et les services de prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Le robot Pepper a pris place quant à lui comme réceptionniste dans deux hôpitaux belges, à Liège et à Ostende.

Est-on autorisé à y voir la solution future aux problèmes de démographie médicale, aux problèmes de recrutement de personnels, à l'injonction paradoxale à assurer la sécurité des personnes sans avoir recours aux mesures coercitives comme la contention dont la loi attend maintenant qu'elle puisse être décidée, tracée mais non prescrite ?

En 1983, dans son rapport commandé par le ministre Jacques Ralite, Demay écrivait : « la psychiatrie est plus aliénée encore quand elle est fagotée dans les habits d'emprunt anatomo-clinique et hospitalo-centrique du modèle médical ». Ce propos du siècle dernier défendait le projet audacieux de créer une organisation détachée de l'hôpital en installant des établissements publics de secteur hors les murs et voulait donner de l'ampleur à la psychiatrie communautaire appuyée sur le secteur.

La Belgique qui nous accueille vient de faire le choix de concrétiser une réforme qui y fait songer : le projet Psy 107 doit transformer les lits d'hospitalisation psychiatriques dont le nombre est trop élevé pour la moyenne européenne, en circuits et réseaux avec l'objectif d'assurer des soins à domicile à l'aide d'équipes mobiles de traitement intensif et des traitements résidentiels, en réduisant le plus possible le recours à l'hôpital.

Comparativement, en France, si la communauté fait son retour, c'est vidée de son sens « hors les murs » puisque recentrée dans des Communautés Hospitalières de Territoires, sur des établissements partageant le même contrat territorial de santé mentale. En 2016, la psychiatrie moderne vue par le ministère renforce donc ses liens avec l'hôpital et se prive de secteur. Le SPH a combattu pour que les services de psychiatrie ne disparaissent pas dans le vortex des GHT et quelques dérogations ont été accordées. En reconnaissance des spécificités de la psychiatrie, le dispositif des CPT pouvait être un moyen d'exercer ses pratiques professionnelles en lien avec l'organisation sectorisée et dans la continuité des réseaux spécifiques de santé mentale qu'il s'agissait de stimuler. Loin de cela le décret proposé, est un assemblage de principes vagues dépourvu de mesure incitative pour ceux qui veulent continuer d'ignorer la psychiatrie. Il faut finalement lui souhaiter d'être assez vide pour que chaque psychiatre de secteur puisse l'utiliser pour formaliser les liens nécessaires à son action.

La psychiatrie publique est peut-être à un nouveau virage de son histoire, comme ont pu le connaître les promoteurs du secteur. Les

temps ne sont plus les mêmes, le contexte politique, tourmenté par toutes les crises, n'est pas favorable aux expérimentations à contre-courant. Ce que le ministère promet pour la psychiatrie est fade, gêné aux entournures pour la ramener du côté médical, prêt à mêler sa part d'ONDAM à celui du MCO pour exécuter sa normalisation. Du côté santé mentale, le soutien est aléatoire, seulement local faute de mesure nationale, dans un contexte très demandeur et peu propice aux solidarités. Mais il faut se souvenir que c'est un mouvement conjoint d'influences et de volontés de réformes qui a constitué le mouvement de désinstitutionnalisation et que plus que des pouvoirs publics, les dispositifs novateurs sont venus du terrain.

J'emprunte à notre collègue Fabienne Roos-Weil sa référence à René Char faite dans son article du dernier numéro de l'Information Psychiatrique en citant la « cascade furieuse de l'avenir », pour décrire malgré les obstacles la vitalité, l'engouement et l'acharnement à poursuivre, à propos de son travail en CMP infanto-juvénile : alors soyons furieux, soyons créatifs, recommençons !

Rapport moral adopté à l'unanimité par l'AG



LES MOTIONS

28 septembre 2016

Motion 1 - Statut de psychiatre des hôpitaux et devenir dans les GHT

Motion adoptée, 1 abstention

ATTRACTIVITÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE A L'HÔPITAL

Le SPH réunit en assemblée Générale le 28 septembre 2016 dénonce l'inertie du gouvernement à concrétiser les mesures d'attractivité des carrières médicales hospitalières et exige que les mesures destinées à améliorer cette attractivité soient mises en œuvre réellement ainsi que l'ouverture urgente de négociations apportant des résultats concrets.

Le SPH a participé au mouvement de grève du 26 septembre qui a été largement suivi et adhère au mouvement unitaire de grève prévu le 12 octobre 2016 à l'appel des cinq intersyndicales Avenir Hospitalier, CMH, CPH, INPH et SNAM-HP.

Il revendique en priorité :

- ▶ Le passage de la journée de travail de 24 heures en 4 à 5 plages horaires.
- ▶ La valorisation de la prime d'exercice territorial et la prime de pôle inter-établissement à un niveau attractif, éléments importants pour la mise en œuvre des GHT.
- ▶ La mise en œuvre dès le 1^{er} juillet 2016 avec la création des GHT, de l'homogénéisation des modalités de rémunérations du temps de travail additionnel et des astreintes.

- ▶ La revalorisation de l'indemnité d'engagement de Service public qui n'a pas été réévaluée depuis sa création en 2000.
- ▶ La création d'un quatorzième échelon dans la carrière de praticien hospitalier, mesure symétrique de la revalorisation des débuts de carrière.

Le SPH demande que les mesures du plan d'attractivité soient mises en œuvre et notamment :

- ▶ Des garanties pour que les praticiens engagés dans les GHT le fassent sur la base du volontariat et d'un projet médical partagé issu des équipes concernées, avec une compensation financière sous la forme de prime de niveau attractif.
- ▶ Des signes forts pour l'entrée dans la carrière hospitalière :
- ▶ La suppression des cinq premiers échelons pour tous les médecins qui entrent dans la carrière.
- ▶ Un accès possible avant la fin du troisième cycle des études médicales au concours national de PH.
- ▶ La prise en compte des années d'internat dans l'ancienneté.

- ▶ Un seul statut de PH provisoire, avec une couverture sociale décente.
- ▶ Les mêmes avantages pour les praticiens en période probatoire que les praticiens titulaires.
- ▶ Le respect de la borne de 48H hebdomadaire maximum, avec possibilité pour chaque praticien de faire valoir ce seuil en auto-déclaratif.
- ▶ Le principe général d'une part d'autonomie minimum de 20 % dans l'organisation du temps de travail pour chaque praticien et prévue dans le tableau de service.

La mise en œuvre des GHT nécessite de :

- ▶ Renforcer un fonctionnement démocratique et collégial au sein de l'hôpital en prônant l'inscription dans un cadre réglementaire des règles de démocratie sociale au sein des pôles et des services, et de la CME.
- ▶ Permettre une dynamique autour des conditions de travail, via une représentation syndicale des praticiens hospitaliers au CHSCT, au comité territorial de dialogue social des GHT et le développement d'un observatoire de la souffrance au travail.

DROITS SYNDICAUX

Le SPH déplore que le droit syndical des PH, embryonnaire, se résume à la possibilité de créer des syndicats, d'y adhérer et de bénéficier d'autorisations d'absence pour leurs représentants élus.

Le droit syndical doit ainsi être rénové : les PH doivent bénéficier de mesures analogues

à celles qui régissent les agents de la Fonction Publique Hospitalière.

Les PH doivent bénéficier d'un crédit de temps syndical correspondant à des décharges d'activité de service attribuées aux représentants syndicaux mandatés sous la forme d'équivalents temps plein.

Ces droits doivent être acquis à l'échelon local, régional et national.

Le SPH demande que ces droits soient affirmés dans la Loi de Santé 2016.

ESPIC

Le SPH soutient le maintien du statut public des praticiens détachés en établissement de santé privé d'intérêt collectif.

ACTIVITES D'INTERET GENERAL

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

Motion 2 - Soins sans consentement, contrainte et droits des patients

Motion adoptée, 4 abstentions

LOI DU 5 JUILLET 2011

Le SPH reconnaît l'importance du rôle du juge introduit dans la loi du 5 juillet 2011 afin de s'assurer du respect du principe constitutionnel de la liberté individuelle et des engagements internationaux de la France.

Le SPH constate toutefois que la complexité de la loi ouvre à plus de 140 vices de procédure et peut privilégier le respect de la procédure au détriment du droit à se soigner et être soigné.

Le SPH demande que soit constitué un groupe de travail réunissant les représentants des professionnels et les pouvoirs publics afin d'assurer une veille permanente des jurisprudences dans la perspective d'amender la loi en tant que de besoin.

Le SPH rappelle avec insistance, fermeté et détermination que les soins en psychiatrie qu'ils soient libres ou sans consentement ne sont indiqués que pour traiter des troubles mentaux.

Le SPH rappelle également avec fermeté qu'en aucun cas, la psychiatrie ne peut être instrumentalisée à des fins politiques et notamment dans des situations de « radicalisation ».

Le SPH rappelle aussi demander de longue date une seule modalité de soins sans consentement, faisant uniquement référence à des finalités thérapeutiques et excluant toute référence à la notion d'ordre public.

CONTENTION ET ISOLEMENT

Le SPH attend des pouvoirs publics l'attribution de moyens permettant de limiter le recours à l'isolement et à la contention uniquement quand les situations cliniques et les objectifs thérapeutiques le nécessitent.

La loi de santé, en transformant la « prescription » en « décision » de contention dans son

article 72, occasionne par le flou qu'elle y inscrit plus de difficultés qu'elle ne règle de problèmes, sans organiser les conditions de faire disparaître le recours à cette pratique.

Le SPH demande qu'une approche rationnelle sur les pratiques d'isolement et de contention prenne le pas sur une approche dogmatique

qui ne tient pas compte des réalités cliniques. Cette approche ne peut être menée qu'en concertation avec les représentants des professionnels concernés.

Motion 3 - Le métier en psychiatrie

Motion adoptée à l'unanimité

L'atelier renouvelle le constat que la psychiatrie tient une place singulière au sein de la médecine en échanges permanents avec les autres disciplines et dans les attentes multiples, parfois ambivalentes, qu'en a la société.

Cette place singulière en référence au modèle bio-psycho-social du sujet (rappelé dans le référentiel métier de la Fédération Française de Psychiatrie de 2014), interroge en permanence les limites de son champ d'intervention et de ce qui relève de l'exercice du métier de psychiatre. Cette vitalité inhérente à la discipline en constitue la force créatrice.

Les contraintes budgétaires, la baisse de la démographie médicale et des moyens, l'insuffisance de formation, l'évolution sécuritaire, constituent des obstacles au dynamisme de la psychiatrie publique et entravent ses capacités de réponses aux besoins de la population.

Le SPH exige des pouvoirs publics la reconnaissance du rôle incontournable de la psychiatrie publique et de la diversité de ses références théoriques, qui doit se traduire dans :

- ▶ L'octroi de moyens suffisants ;
- ▶ La reconnaissance de la dimension pluri-professionnelle de l'organisation du travail en psychiatrie ;

- ▶ L'enrichissement de la formation initiale et continue des différents métiers intervenant en psychiatrie.

L'atelier propose que soit mené un travail de réflexion sur la répartition des tâches et des compétences de l'exercice pluri-professionnel né de l'expérience du secteur.



Motion 4 - Gouvernance, GHT, CPT

Motion adoptée à l'unanimité

Le projet territorial de santé mentale doit s'appuyer sur la politique de sectorisation dans ses dimensions sectorielle, intersectorielle spécialisée et supra-sectorielle de recours avec prise en compte des besoins de populations particulières, en association avec les différents partenaires de santé mentale du territoire et les usagers.

L'organisation spécifique de la Psychiatrie élaborée sur la base du projet territorial de santé mentale doit apparaître au sein des GHT polyvalents.

Obligation de la représentation de la Psychiatrie au sein de la gouvernance des GHT polyvalents.

Représentation nécessaire des syndicats médicaux au sein de la conférence territoriale de dialogue social.

Généralisation systématique et rapide des CPT sur l'ensemble du territoire national.

La CPT se doit d'être le socle de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet territorial de santé mentale, avec définition d'une instance de pilotage.

Les territoires des CPT doivent être en cohérence avec l'organisation sectorielle.

Nécessité de propositions incitatives pour les établissements non publics à participer à la CPT.

Le budget de la psychiatrie doit être sanctuarisé et fléché, en référence au contrat territorial de santé mentale. La CPT doit être en position de donner un avis sur la répartition des budgets au sein des territoires et d'en assurer le suivi notamment dans les GHT.

Association obligatoire de la CPT à l'élaboration du projet médical partagé des GHT sur la base du Projet Territorial de Santé Mentale.

Motion 5 - Formation initiale et DPC

Motion adoptée à l'unanimité

FORMATION INITIALE

Le SPH rappelle la place des services de psychiatrie non universitaires dans l'accueil des étudiants en médecine pour leurs stages de 2^{ème} cycle, leur apportant une sensibilisation à la relation avec le patient, des connaissances de base en psychopathologie, en sus de la prise en charge spécifique des personnes présentant des troubles psychiques et psychiatriques.

La reconnaissance des services de psychiatrie comme lieux de formation contribuera à éviter une désaffection potentielle de la dis-

cipline psychiatrique en tant que dimension fondamentale de la médecine.

Une carence dans ce registre serait préjudiciable pour l'ensemble de la pratique médicale.

Un engagement soutenu de l'université apparaît essentiel pour le SPH, devant le risque constitué par la baisse dramatique de la démographie des psychiatres.

Pour le 3^{ème} cycle, le SPH rappelle sa prise de position concernant l'utilité pour l'ensemble des

psychiatres d'une expérience clinique en pédo-psychiatrie. Celle-ci est évidemment nécessaire pour les futurs pédo-psychiatres.

Elle est indispensable pour les psychiatres d'adultes, qui traitent adolescents, jeunes adultes, patients ayant eu des troubles du développement dans l'enfance, et soignent des parents.

Ceci conduit à soutenir que la formation pratique comporte au moins deux semestres de pédo-psychiatrie.

DPC

Le SPH reconnaît le rôle de l'État pour soutenir et agréer l'engagement des professionnels de santé dans leur démarche de développement professionnel continu, et s'assurer de leur indépendance à l'égard de l'industrie pharmaceutique.

Le SPH prend acte de l'assouplissement des obligations individuelles pour les professionnels de santé.

Le SPH déplore le maintien d'une centralisation bureaucratique excessive et une complexité organisationnelle décourageante.

Le SPH exige qu'une entière légitimité soit reconnue aux organisations professionnelles et syndicales pour choisir les contenus scientifiques et les dispositifs pédagogiques nécessaires afin de répondre aux objectifs du DPC, à l'intérieur d'un cadre dont les pouvoirs publics resteraient les garants.

Nous demandons aux pouvoirs publics de sécuriser financièrement cette démarche pour l'ensemble des médecins, quel que soit leur mode d'exercice.

Le SPH rappelle que les CME sont garantes du plan de formation et des enveloppes budgétaires de la formation médicale conformément à leurs missions définies dans le CSP.





Motion 6 – Psychiatrie infanto-juvénile au futur

Motion adoptée, 17 abstentions

AVENIR DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Le SPH soutient une approche ouverte et diversifiée du champ de la psychiatrie infanto-juvénile intégrant les données des différents courants scientifiques.

Devant l'accroissement considérable du recours aux unités de PIJ et des missions de partenariat et de prévention, le SPH demande que les pouvoirs publics, en concertation avec

les professionnels et les usagers, définissent des priorités de santé publique sur la base de l'analyse des données épidémiologiques croisées à celle des files actives.

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE ET EUROPE

En matière de formation, le SPH attire l'attention sur les différences de formation des pédopsychiatres entre la France et l'Europe, ce qui entrave les possibilités d'échanges européens.

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE ET PLAN AUTISME

Le SPH a pris note des déclarations du Président de la République appelant à « adopter un 4^e plan autisme qui sera celui de l'apaisement et du rassemblement... sans préjugés et sans volonté d'imposer une solution plutôt qu'une autre » et espère que ce discours sera suivi de décisions dans ce sens.

Le SPH avait déploré l'état d'esprit qui préside actuellement aux travaux du 3^e plan autisme sous l'égide du Secrétariat d'Etat aux

handicapés. Il en a dénoncé les orientations partisanes qui fondent les politiques publiques sur un détournement des recommandations de bonnes pratiques de la HAS et leur interprétation réductrice.

Le SPH dénonce en particulier les décisions prises pour la formation initiale et continue et exige le respect de l'indépendance professionnelle en matière de formation initiale comme continue.

La PIJ recouvre un champ large de catégories diagnostiques dont les TSA ne sont qu'une partie. Ces autres catégories diagnostiques relèvent également de corpus scientifiques bien définis. Le SPH déplore que les politiques publiques se focalisent sur une seule catégorie au détriment de nombreux enfants requérant des soins.

OFFRE DE SOINS ET RECHERCHE CLINIQUE

Le SPH soutient l'amélioration de l'offre d'accueil dans le respect des besoins des autres problématiques de l'enfance.

Il s'inquiète de l'instauration d'un système d'interventions à la carte d'inspiration néo-libérale

et de la suspicion jetée sur les structures de soins publiques dans les discours officiels.

Il réclame que les recherches scientifiques actuellement menées dans le domaine clinique, laissant place à des approches diversifiées et

personnalisées et non exclusivement comportementales, ne soient pas entravées.

Il demande que les personnes concernées et leurs familles puissent bénéficier d'un libre choix de ces diverses approches.

36^{ÈMES} JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

CLINIQUES RISQUES TRAUMAS

DU 5 AU 7 OCTOBRE 2017

TOULOUSE

CENTRE DE CONGRÈS PIERRE BAUDIS



LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION
PSYCHIATRIQUE

Renseignements et inscriptions : Dr Pierre-François GODET
T. 03 21 08 15 25 - F. 03 21 08 15 74
Contact : secretariatSIP2@gmail.com
CHHB : 585, avenue des Déportés - BP09 - 62251 Hénin-Beaumont Cedex



ATELIER : STATUT DE PSYCHIATRE DES HÔPITAUX ET DEVENIR DANS LES GHT

MESURES D'ATTRACTIVITÉ

Denis Desanges - Août 2016

Prime d'exercice territorial

- ▶ Reconnaître et valoriser un exercice médical à temps partagé entre plusieurs établissements.
- ▶ Concerne tous les praticiens.
- ▶ Deux primes :
 - » Une prime de pôle inter-établissements
 - Valorisant l'affectation dans un pôle interétablissements et versée à tous les praticiens affectés dans ces pôles.
 - D'un montant de 100 euros brut mensuel, versée par le directeur de l'établissement où le praticien est nommé.
 - » Une prime d'exercice territorial.
- ▶ Valorisant un exercice partagé entre plusieurs sites.
- ▶ Donnant lieu à l'établissement d'une convention à l'initiative du directeur de l'EPS de nomination.
- ▶ Versée mensuellement, selon deux critères d'attribution :
 - » La distance cumulée par semaine, distance parcourue entre le site principal d'exercice de l'établissement où est nommé le praticien et les sites où il exerce une activité.
 - » La quotité de temps, nombre de demi-journées exercées par le praticien en dehors de son site principal d'exercice.
- ▶ Montant
 - » De 415 euros à 715 euros brut mensuel selon la distance parcourue et le nombre de demi-journées effectuées par semaine.
 - » Une même activité ne peut donner lieu au versement de la PET et de l'IASL. AIG et AL ne peuvent donner lieu au versement de la PET.
- ▶ Propositions AH/CPH
 - » Montant : de 615 à 1215 euros.
 - » Extension de la prime de pôle inter-établissements aux fédérations médicales hospitalières.

	1/2 J à < 3 x 1/2 J par semaine	> 3 x 1/2 J par semaine
40 km à < 100 km / semaine	415 euros	515 euros
100 km à < 180 km / semaine	515 euros	615 euros
> 180 km / semaine	615 euros	715 euros

Prime d'engagement de carrière hospitalière

- ▶ Attribuée aux jeunes praticiens signant une convention d'engagement de carrière hospitalière.
 - Un nombre de postes statutairement vacant de PH temps plein supérieur à 250.
- ▶ Lors d'un recrutement sur un poste
 - » D'une spécialité éligible dans un EPS présentant, pour cette spécialité, un risque significatif de fragilisation de l'offre de soins.
 - La liste des postes est arrêtée, par établissement et par spécialité, par le DGARS.
 - Son montant est de 20000 euros brut.
 - » Ou/et relevant d'une spécialité de diplôme d'études spécialisées en tension, définie au niveau national. Le montant de la prime est alors de 10000 euros brut et la liste des postes, arrêtée par le ministère de la Santé à partir de 2 critères cumulatifs :
 - Un taux de vacance statutaire des PH temps plein supérieur de 25 % au taux de vacance statutaire moyen, toutes spécialités confondues.
- ▶ Les 2 primes peuvent être cumulées pour un même poste et font l'objet de 2 versements :
 - » Le premier à la signature de la convention.
 - » Le deuxième lors de la nomination en tant que PH en période probatoire.
- ▶ Le praticien s'engage :
 - » A exercer sur un poste présentant l'une ou l'autre des caractéristiques, ou les deux, sous un statut de personnel médical hospitalier jusqu'à sa nomination en tant que PH.
 - » A effectuer 3 ans de services effectifs en qualité de PH.
 - » A se présenter à chaque session du concours de PH et à se porter candidat, dès son inscription sur la liste d'aptitude, sur un poste de PH dans l'établissement avec lequel il a conclu la convention.
- ▶ La convention
 - » Prend fin au bout de 3 ans de services effectifs en tant que PH.
 - » Permet un avancement accéléré de 2 ans, au bout de 5 ans de services effectifs, accomplis depuis la date d'effet de la convention.
 - » Est résiliée :
 - Après 3 échecs au concours.
 - En cas de faute grave ou d'insuffisance professionnelle.
 - Si l'établissement n'a pas proposé de poste, un an après l'inscription sur la liste d'aptitude.
 - Sur décision du praticien ou de l'établissement.
 - Des remboursements de la prime sont prévus en cas de résiliation de la convention.

Valorisation des activités médicales en première partie de soirée

- ▶ Pour mieux répondre aux besoins des patients et optimiser l'utilisation des plateaux techniques.
- ▶ Concerne les activités médicales programmées en lien direct avec l'activité clinique :
 - » Sur les plateaux techniques (blocs opératoires et activités postopératoires, imagerie, radiothérapie, explorations fonctionnelles).
 - » De consultation.
- ▶ Et dont l'amplitude de fonctionnement dépasse les bornes horaires de la période de jour, telle qu'elle est fixée dans l'établissement.
- ▶ Tous les praticiens sont concernés, mais un praticien participant à ce type d'activités ne peut assurer simultanément une garde ou une astreinte.
- ▶ Le temps de travail réalisé est intégré aux obligations de service, inscrit dans les tableaux de service et décompté en heures à partir de la borne horaire de fin de la période de jour.
 - » 5 heures cumulées = une demi-journée.
 - » 4 heures consécutives = une demi-journée.
- ▶ Propositions AH/CPH :
 - » 4 heures cumulées = une demi-journée
 - » 3 heures consécutives = une demi-journée.

Cumul Emploi Retraite à l'hôpital

- ▶ Cumul d'une pension de retraite et d'un revenu d'activité professionnelle.
- ▶ Dans le cadre d'un cumul emploi retraite, la limite d'âge pour l'emploi d'un praticien est fixée à 72 ans, de façon transitoire jusqu'au 31 décembre 2022.
 - » Art. 142 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de soins.
 - » Modifiant l'article 138 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
 - » Instruction DGOS/RH3/2016/105 du 1^{er} avril 2016.
- ▶ 2 types de cumul emploi retraite (CER).
 - » Non plafonné, où le montant du revenu d'activité n'est pas limité :
 - Avoir atteint l'âge légal d'ouverture des droits (62 ans, pour la génération née en 1955).
 - Remplir les conditions ouvrant droit à une retraite au taux plein (nombre de trimestres validés ou âge du taux plein atteint).
 - Avoir rompu tout lien professionnel avec le dernier employeur.
 - Avoir liquidé toutes ses pensions de retraite.
 - Être reconnu apte médicalement.
 - Recrutement possible par le dernier employeur, dès le premier jour de la retraite.
- ▶ Plafonné, lorsque le praticien ne remplit pas les conditions pour prétendre au taux plein.
 - » Le praticien peut être recruté, dès le premier jour de sa retraite, dans un autre établissement, mais pas dans l'établissement d'origine où il existe un délai de carence de 6 mois.
 - » La somme des pensions et des revenus d'activité perçus ne doit pas excéder un plafond mensuel égal à la moyenne des 3 derniers mois de salaire d'activité.

Prolongation d'activité

- ▶ La limite d'âge de la prolongation d'activité est repoussée à 70 ans.
 - » Art.141 de la loi de modernisation du système de santé.
 - » Modifiant l'article 135 de la loi 2004-806 du 9 août 2004.
 - » Instruction DGOS/RH4/2016/36 du 11 février 2016.
- ▶ La durée maximale de prolongation d'activité, portée à 60 mois pour les praticiens nés avant le 1^{er} janvier 1951, se réduira progressivement pour les générations suivantes et atteindra 36 mois pour la génération née en 1955.

Harmonisation des droits sociaux et d'exercice en début de carrière

- ▶ Alignement de la protection sociale des praticiens contractuels et des assistants sur celle des PH.
- ▶ Droits d'exercice harmonisés en début de carrière :
 - » Activité à temps réduit possible dès la période probatoire.
 - » Activité à temps partagé possible en début de carrière.



ATELIER : SOINS SANS CONSENTEMENT, CONTRAINTE ET DROITS DES PATIENTS AU REGARD DU DROIT EUROPÉEN

OBJECTIFS DE L'ATELIER SYNDICAL

- ▶ Mise en perspective SSC en France avec les réglementations européennes.
- ▶ Evaluer la situation actuelle de la France.
 - » Recenser les pratiques actuelles.
 - » Articuler avec la législation sur l'isolement et la contention.
- ▶ Proposer des pistes de travail.
- ▶ Rédiger la motion syndicale.

PREMIÈRE PARTIE - LE CONTEXTE EUROPÉEN

Diversité des législations européennes

- ▶ Tous les pays européens n'ont pas une législation.
- ▶ Pour ceux qui ont une législation :
 - » Concerne l'ensemble des personnes ne pouvant consentir (quel que soit le diagnostic) : Directives anticipées de l'Espagne.
 - » Personnes vulnérables, mineurs, sous tutelle (Espagne).
 - » Spécifique aux troubles mentaux.

Législations « psychiatriques »

- ▶ 12 pays dont la France et la Belgique ont une législation spécifique/ troubles mentaux.
- ▶ 3 pays n'ont pas de législation spécifique/TM (Espagne, Italie et Grèce).
- ▶ Possibilité de coexistence droit commun et droit pénal ou post-pénal (Italie, Royaume-Uni, Belgique).
- ▶ Totalité Etats européens : pouvoir judiciaire légitime pour décider SSC (France exception avant 2011).

Critères SSC

- ▶ Dangereusité uniquement.
- ▶ Besoin de soins uniquement.
- ▶ Dangereusité et besoins de soins.
- ▶ Précision diagnostique pour certains pays : psychose, démence, déficience mentale (Allemagne, Danemark, Irlande).
- ▶ Préciser absence d'alternative (Belgique).
- ▶ Préciser le protocole de soins ou de mesures « coercitives » ou d'une OS à domicile.

Qui propose le SSC ?

- ▶ Un psychiatre « ayant une expérience particulière » obligatoirement dans 7 pays d'Europe.
- ▶ Tout médecin dans 8 pays.

Contexte

Selon une enquête internationale ESEMED-EPREMED, plus d'un tiers de la population française en 2005 a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie, dont un cinquième dans l'année. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (12 à 13 %) suivis par les troubles de l'humeur (8 à 11 %).

En 2005, le diagnostic d'état dépressif sévère avait touché 2 à 3 % de la population en France et l'anxiété généralisée 1 à 2 %. Sur une vie entière, les troubles d'allure psychotiques avaient touché environ 3 % de la population. Le diagnostic de schizophrénie un peu moins de 1 %.

Les pathologies psychiatriques sont au premier rang des causes médicales à l'origine d'une attribution de pension d'invalidité, la deuxième cause médicale d'arrêt de travail et la 4^{ème} cause d'affection de longue durée. Les conséquences des troubles mentaux et des pathologies psychiatriques sont lourdes autant pour la personne qui en souffre que pour sa famille.

Le coût direct et indirect des troubles mentaux et des pathologies psychiatriques a été estimé en 2005 à 3 à 4 % du PIB de l'Union européenne.

Les admissions sans consentement en psychiatrie dans les états membres de l'Union européenne en 2002

Pays	Critères pour le placement sans consentement	Psychiatre mandaté pour une évaluation initiale	Autorité de décision : médicale / non médicale	Protocole détaillé des mesures coercitives	Possibilité d'obligation de soins à domicile	Représentation de l'utilisateur par un avocat ou un professionnel apparenté	Pourcentage d'admissions contre leur gré par rapport à l'ensemble des hospitalisations	Pourcentage d'admissions contre leur gré pour 100 000 personnes de la population
Autriche	D	Oui	Non med	Oui	Non	Oui	18	175
Belgique	D	Non	Non med	Non	Oui	Oui	5.8	47
Danemark	T ou D	Non	Med	Oui	Non	Oui	4.6	34
Finlande	T ou D	Non	Med	Non	Non	Non	21.6	218
France	D	Non	Non med	Non	Non	Non	12.5	11
Allemagne	D	Non	Non med	Oui	Non	Non	15.9	175
Grèce	T ou D	Oui	Non med	Non	Non	Non	NR	NR
Irlande	T ou D	Oui	Med	Non	Non	Oui	10.9	74
Italie	T	Non	Non med	Non	Non	Non	12.1	NR
Luxembourg	D	Non	Med	Non	Oui	Non	26.4	93
Pays-Bas	D	Oui	Non med	Oui	Non	Oui	13.2	44
Portugal	T ou D	Oui	Non med	Non	Oui	Oui	3.2	6
Espagne	T	Oui	Non med	Non	Non	Non	NR	NR
Suède	T	Non	Med	Oui	Oui	Non	30	114
Royaume-uni	T ou D	Oui	Non med	Non	Non	Non	13.5	93

T : nécessité du traitement D : dangerosité NR : non renseigné

Source : Tableau établi à partir du rapport Hans Joachim Salize, Harald DreBing, Monika Peitz, « compulsory admission and involuntary treatment of mental ill patients – legislation and practice in EU - member states, central institute of mental health, european commission, 2002 ».

Cf. http://europa.eu/comm/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_08_en.pdf

Tableau publié dans "Psychiatrie et santé mentale", collection "regards sur l'actualité" n° 354 – octobre 2009 – Documentation française.

Belgique : La loi du 26 juin 1990

Relative à la protection de la personne du malade mental

http://www.platfomepsychiatrie.be/wp-content/uploads/2015/11/css_avis_9193_interventionsouscontrainte.pdf

Motifs cumulatifs « admission forcée »

- ▶ Au moins 15 admissions forcées/j.
- ▶ Existence d'une maladie mentale.
- ▶ Dangerosité : mise en péril grave de sa santé et de sa sécurité et/ou menace grave pour la vie et l'intégrité d'autrui.
- ▶ Aucune autre alternative ni aucun autre traitement.
- ▶ Deux procédures :
 - » Procédure normale 10 %.
 - » Procédure d'urgence 90 %.

Procédure normale (10 %)

- ▶ Tiers adresse requête au juge de paix pour demander une mise en observation (MEO).
- ▶ Rapport médical circonstancié joint à la requête (15 j).
- ▶ Juge demande un avocat.
- ▶ Dans les 24 h le juge fixe heure, jour de la visite et de la date d'audience (Info au patient).
- ▶ Juge rend avis motivé et circonstancié dans les 10 j de la requête.
- ▶ Si OK pour MEO désigne l'hôpital.

Procédure d'urgence (90 %)

- ▶ Procureur du Roi saisi par un tiers plus rapport médecin ou par un médecin qu'il désigne (urgence doit être argumentée).
- ▶ Procureur MEO immédiatement.
- ▶ Dans les 24 h, procureur avise le juge.
- ▶ Juge suit ensuite la procédure normale.
- ▶ Si procureur ne saisit pas le juge dans les 24 h ou si le juge ne prend pas de décision dans les 10 j, la mesure prend fin.

Mise en observation (MEO)

- ▶ MEO : 40 j max.
- ▶ Permission de sortie seul ou accompagné possible.
- ▶ Si prolongation, directeur transmet au juge rapport circonstancié du médecin-chef au moins 15 j avant fin de la mesure.
- ▶ Juge fixe la durée du maintien (max 2 ans).
- ▶ Postcure (±programme de soins)
 - » Conditions de résidence.
 - » Le traitement médical.
 - » Aide sociale.
 - » Suivi médical.
 - » Réadmission si non respect.
 - » Pas de réadmission après 1 an postcure, maintien automatiquement levé.
- ▶ A tout moment, le médecin peut lever la mesure.

Le droit européen

Recommandation REC(2004)10 du comité des ministres du conseil de l'Europe (protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de TM)

- ▶ Droit à l'information des patients et accès à une personne de confiance.
- ▶ Droit à la communication et aux visites.
- ▶ Protection (notamment économique).
- ▶ Principe de la restriction minimale (environnement, traitement, intrusion minimale) mais en tenant compte des besoins de santé et de la sécurité d'autrui.
- ▶ Favoriser alternatives à l'hospitalisation.
- ▶ Normes professionnelles.
- ▶ Recherche maximale du consentement.
- ▶ Confidentialité des informations médicales.
- ▶ Critères pour le placement et le traitement involontaires.
- ▶ Procédures pour le placement et le traitement involontaires.

Isolement et contention

- ▶ Le recours à l'isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels.
- ▶ Le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée.
- ▶ De plus :
 - » La personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier ;
 - » Les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre.
- ▶ Cet article ne s'applique pas à la contention momentanée.

Convention européenne des droits de l'homme

- ▶ Article n° 1 : préambule
- ▶ Article n° 2 : droit à la vie
- ▶ Article n° 3 : interdiction de la torture et des traitements inhumains
- ▶ Article n° 5 : le droit de chacun à la liberté et à la sûreté personnelle.
- ▶ Article n° 6 : droit à un procès équitable
- ▶ Article n° 7 : légalité des peines
- ▶ Article n° 8 : droit au respect de la vie privée et familiale
- ▶ Article n° 9 : liberté de pensée, de conscience et de religion
- ▶ Article n° 10 : droit à la liberté d'expression
- ▶ Article n° 11 : droit à la liberté de rencontre et d'association
- ▶ Article n° 12 : droit au mariage
- ▶ Article n° 13 : droit à un recours
- ▶ Article n° 14 : interdiction de discrimination
- ▶ Article 5 § 4 « Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale ».
- ▶ Condamnation fréquente de la France par la Cour européenne des droits de l'Homme de Strasbourg/article 5.
- ▶ Procédure d'appel soumise aussi au bref délai (*Menvielle c France 16 janvier 2007*).
- ▶ Durée de procédure excessive si >1mois.

L'on ne peut pas « protocoliser » l'exercice d'un droit

« L'ingérence dans l'exercice du droit d'une personne atteinte de troubles mentaux, hospitalisée sans son consentement, au respect de sa vie privée qui constitue une liberté individuelle et dont le respect de la vie sexuelle est une composante, par une autorité publique, ne peut être légale que si elle répond à des finalités légitimes et qu'elle est adéquate et proportionnée au regard de ses finalités ».

CAA Bordeaux, 6 novembre 2012, n° 11BX01790, Claude X c/ CHS de Cadillac : JurisData n° 2012-031255 ; JCP A 2012, act. 885 ; D. 2013, p. 312, observations F. Violla ; AJDA 2013, p. 115, conclusions D. Katz.

- ▶ Renversement total de la logique institutionnelle.
- ▶ Réfléchir à la possibilité d'accorder au patient une part d'intimité et de secret au sein même du service.
- ▶ Le malade psychiatrique doit-il déclarer ses pratiques sexuelles mais aussi leur fréquence ?
- ▶ Un règlement intérieur est un acte réglementaire indispensable à toute institution.
- ▶ Mais on ne peut autoriser le chef de service à rédiger une norme locale uniquement en fonction de l'organisation interne.
- ▶ Ce n'est pas à l'usager, surtout s'il est contraint, de se plier aux contraintes matérielles du service.
- ▶ Mais à l'inverse au chef d'établissement d'adapter sans cesse les règles locales aux normes supérieures et aux besoins des usagers.
- ▶ Le règlement intérieur ne peut réduire certains droits fondamentaux du patient (droit de communiquer, de s'informer sur ses droits, exercer son droit de vote...).
- ▶ Seul le législateur dispose d'un tel pouvoir à condition d'ailleurs de respecter les engagements internationaux pris par la France.
- ▶ Donc la CEDH, où ces droits figurent en toute lettre.
- ▶ L'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme.
- ▶ La « loi » cherche à apporter des garanties procédurales permettant d'éviter une privation de liberté arbitraire et disproportionnée*.
- ▶ Les juges soulignent en ces situations l'exigence de nécessité thérapeutique ou de sécurité médicalement constatée.
- ▶ Une privation de liberté, ne serait-ce que d'une journée, constitue incontestablement une atteinte grave à la personne et est constitutive d'une voie de fait dès lors qu'elle est illégale.
- ▶ La judiciarisation des soins psychiatriques rappelle l'extrême importance de la traçabilité des actes.
- ▶ Le fait de retirer son téléphone portable à un patient y compris sous contrainte et même justifiée médicalement reste attentatoire aux droits fondamentaux du patient, si on ne repense pas l'organisation des services afin de tout faire pour contacter un proche bienveillant.
- ▶ En accord avec les articles 13 et 14 de la CEDH.
CA de Douai, 26 septembre 2013, n° 13/00050.
- ▶ Même contraint un patient à le droit de refuser un traitement médicalement.
- ▶ L'administration d'un traitement non consenti est un point plus délicat, Mais la Cour d'appel de Paris a accordé 5000 euros à un patient en raison de l'atteinte à son intégrité physique et non-respect de ses droits fondamentaux. Selon elle, il n'est en effet plus possible de présumer l'incapacité de consentir du patient ou de considérer que le silence du patient vaut acceptation du traitement.
- ▶ « Il est indifférent comme le soutient l'intimé que l'intéressée devait recevoir des traitements médicamenteux compte tenu de son état médical et psychologique, qu'en effet, nonobstant la nécessité éventuelle de traitement, l'hospitalisation d'office l'a privée de la possibilité de discuter du traitement et éventuellement de refuser de se le voir administrer ou de faire un autre choix ».
- ▶ Un traitement, même justifié, peut être considéré comme préjudiciable lorsqu'il est administré sans permettre au patient de le refuser.
CA de Paris, 18 février 2015, req. n° 13/03385, Santé mentale 2015 ;196 : 10. www.santementale.fr/boutique/acheter-article/hospitalisationjugee-illegale-et-indemnisation-des-prejudices-subis.html
- ▶ Le CCNE a rappelé que, d'un point de vue juridique, le consentement à l'acte médical se rattache au principe du respect de l'intégrité du corps : « Ce principe est présent dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Commission Européenne des Droits de l'Homme, et la Charte des droits fondamentaux y consacre son titre 1 et y place le principe de l'intégrité du corps humain. Tout individu a droit à l'intangibilité de son corps et nul ne peut y porter atteinte sans sa volonté même dans un but curatif ».

*CEDH, 16 septembre 2014, Atudorei c/ Roumanie, n° 5013/08 :violation de l'article 5 §1 de la Convention. Voir également CEDH,23 septembre 2014, OG contre Lettonie, n° 66095/09.

Le « cas » de l'isolement et de la contention

Visite du CPT en France - 2010

Le CPT demande de veiller à ce que les protocoles de mise en chambre d'isolement (MCI) et mise sous contention soient revus dans les établissements psychiatriques visités, ainsi que dans tout autre établissement/service de psychiatrie ayant recours à la MCI et à la contention mécanique, à la lumière des considérations ci-dessus. À cette occasion, la révision des protocoles doit donner lieu à l'élaboration de consignes écrites sur la procédure à suivre, les fiches à remplir et les renseignements qui doivent y figurer. En outre, il serait souhaitable qu'une attention particulière soit accordée au respect des préceptes évoqués plus haut dans le cadre des prochains cycles de certification des établissements et services de psychiatrie.

Le CPT appelle les autorités françaises à mettre en œuvre sa recommandation de longue date visant à ce que tout recours à l'isolement (allant au-delà de quelques minutes) et à la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service (outre les dossiers des patients). Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Ce registre doit être accessible aux organismes de contrôle en visite dans les établissements/services de psychiatrie (paragraphe 174).

Recommandation REC(2004)10 du comité des ministres du conseil de l'Europe (protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de TM)

Isolement et contention

- ▶ Le recours à l'isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels.
- ▶ Le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée.
- ▶ De plus :
 - » La personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier ;
 - » Les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre.
- ▶ Cet article ne s'applique pas à la contention momentanée. (Transport ?)

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)

Normes du CPT. Chapitres des rapports généraux du CPT consacrés à des questions de fond. Conseil de l'Europe. CPT/Inf/E (2002) 1- Rev 2015.

De la contention

- ▶ Dans tout établissement psychiatrique, la contrainte physique de patients agités et/ou violents peut s'avérer nécessaire. C'est là un domaine de préoccupation particulière pour le CPT, vu la potentialité d'abus et de mauvais traitement.
- ▶ La contrainte physique de patients doit faire l'objet d'une politique clairement définie. Cette politique doit établir sans équivoque que les tentatives initiales de maîtrise de patients agités ou violents doivent, dans toute la mesure du possible, être d'une nature autre que physique (par exemple, instructions verbales) et que, lorsque la contrainte physique est nécessaire, celle-ci soit limitée à un contrôle manuel.
- ▶ Le personnel, dans les établissements psychiatriques, doit être formé aux techniques de contrôle à la fois non physique et d'immobilisation manuelle de patients agités ou violents. La possession de telles aptitudes donne au personnel la possibilité de choisir la réponse la plus appropriée dans les situations difficiles, réduisant ainsi de manière importante le risque de lésion pour les patients et le personnel.
- ▶ Le recours aux instruments de contention physique (sangles, camisole de force, etc.) ne se justifie que rarement et doit toujours soit se faire sur ordre exprès d'un médecin, soit être immédiatement porté à la connaissance d'un médecin pour approbation. Si, exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction.
- ▶ Le CPT a parfois rencontré des patients psychiatriques soumis à la contention physique pendant des jours ; le CPT doit souligner qu'un tel état de choses ne peut avoir aucune justification thérapeutique et, à son avis, s'apparente à un mauvais traitement.

De l'isolement

- ▶ L'on doit, dans ce contexte aussi, faire référence à l'isolement (à savoir, l'enfermement solitaire dans une pièce) de patients violents ou autrement « ingérables », un procédé utilisé de longue date en psychiatrie. Il y a, dans la pratique psychiatrie moderne, une tendance claire à ne plus recourir à l'isolement et, le CPT a relevé avec satisfaction que l'isolement est en passe d'être supprimé dans de nombreux pays. Tant que l'on continuera à avoir recours à l'isolement, celui-ci devra faire l'objet d'une politique détaillée explicitant notamment : les types de cas dans lesquels il peut y être fait recours ; les objectifs visés ; sa durée et la nécessité de révisions fréquentes ; l'existence de contacts humains appropriés ; l'obligation d'une attention renforcée du personnel.
 - ▶ Chaque recours à la contrainte physique d'un patient (contrôle manuel, instruments de contention physique, isolement) doit être consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet (ainsi que dans le dossier du patient). Les éléments à consigner doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte-rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Ceci facilitera grandement la gestion de tels incidents et donnera un aperçu de leur ampleur et fréquence.
- L'isolement ne doit jamais être utilisé à titre de sanction.

De l'intérêt d'une politique générale

- ▶ **Tout établissement psychiatrique devrait avoir une politique générale et bien pensée relative à la contention.** La participation et le soutien du personnel comme de la direction dans l'élaboration d'une telle politique sont essentiels. Cette politique devrait indiquer clairement les moyens de contention pouvant être utilisés, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, les mesures pratiques de leur application, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention.
- Cette politique devrait également prévoir des chapitres sur d'autres sujets importants, comme : **la formation du personnel, la politique relative aux plaintes, les mécanismes de contrôle interne et externe, et le « débriefing »**. De l'avis du CPT, une politique générale de ce type est non seulement un soutien majeur pour le personnel, mais elle est aussi utile pour aider à s'assurer que les patients et leurs tuteurs ou représentants comprennent les raisons qui sous-tendent une mesure de contention susceptible d'être imposée

De la traçabilité

► L'expérience montre qu'un enregistrement détaillé et rigoureux des cas de recours à la contention peut **fournir à la direction de l'hôpital un aperçu de leur ampleur et de leur fréquence, et lui permettre de prendre des mesures, le cas échéant, pour en diminuer la survenance**. De préférence, un **registre spécial** devrait être tenu pour recenser tous les cas de recours à des moyens de contention, en plus des informations contenues dans le dossier médical personnel du patient. Les éléments à consigner dans le registre doivent **comprendre l'heure** de début et de fin de la mesure, les **circonstances** d'espèce, les **raisons** ayant motivé le recours à la mesure, le **nom** du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures

subies par des patients ou des membres du personnel. Les patients devraient être habilités à **ajouter des commentaires au registre**, et devraient être informés de ce Droit ; à leur demande, ils devraient recevoir une copie de tous les éléments consignés.

► L'envoi régulier **de rapports à un organe de contrôle extérieur**, comme un service d'inspection de la santé, peut également être envisagé. L'avantage évident d'un tel mécanisme de contrôle est qu'il permettrait d'obtenir un **aperçu national ou régional des pratiques de contention**, ce qui faciliterait les efforts visant à mieux les comprendre et, par conséquent, à mieux gérer leur application.

Isolement en Belgique

http://www.platfomepsyflux.be/wp-content/uploads/2015/11/css_avis_9193_interventionsouscontrainte.pdf

► Définition : rétention contre la volonté du patient dans SA chambre ou dans un local isolé fermé pour éviter tout contact avec autrui.

► Sur « prescription » médicale.

► Surtout pas une sanction.

► Objectifs : garantir la sécurité du patient et de l'entourage et limiter liberté du patient s'il ne respecte plus l'intimité l'espace personnel ou l'intégrité physique d'autrui.

► Isolement peut être volontaire sentiment de sécurité et d'apaisement).

► Des recommandations sont édictées.

Contention en Belgique

http://www.platfomepsyflux.be/wp-content/uploads/2015/11/css_avis_9193_interventionsouscontrainte.pdf

► Circonstance : Isolement insuffisant nécessitant une contention en plus.

► Définition : Ensemble des mesures relatives à l'utilisation et l'application de moyens de contention et de protection immobilisant une

partie ou tout le corps pour sécuriser un patient estimé dangereux de manière imminente ou mal adapté à la situation.

► Des recommandations sont édictées.

Jurisprudence européenne et française

► CEDH 19/02/2015 M.S. c. Croatie.
15 h d'isolement injustifiée sans permettre contestation de la mesure.

► CAA Marseille 25/01/2007.
Utilisation de la contention en dernier recours après avoir usé de :

- » La parole.
- » La pharmacopée.
- » L'isolement.

Art. 72 LMSS (2016)

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

« Un **registre** est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du **psychiatre ayant décidé cette mesure**, sa date et son heure, sa durée et le nom

des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

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

Projet « secret » de circulaire du ministère de la santé

► Restriction de la traçabilité » de l'isolement et de la contention dans le registre :

- » Aux SSC.
- » Dans des chambres dédiées, spécialement aménagées.
- » Identification non confidentielle.

► Commentaire du SPH sur la circulaire :
<https://www.dropbox.com/s/pvxwsyrju5p6m1a/Commentaires%20SPH%20circulaire.pdf?dl=0>

► Communiqué du SPH sur la circulaire :
<http://www.sphweb.info/spip.php?article1054>

Contention et isolement hors le soin

Circulaire n°5643 du 04/03/2016 - Belgique

Préface de Madame Joëlle MILQUET, Ministre de l'Education, de la Culture et de l'Enfance.

1 Clarification des notions

1.1 Mesure de contention et d'isolement

1.1.1 Contention physique

1.1.2 Contention mécanique

1.1.3 Contention chimique

1.1.4 Isolement

- Pratique d'isolement
- Mesure d'écartement
- Dans les faits

1.2 Notion de danger

1.3 Notion de responsabilité

1.3.1 Responsabilité civile

1.3.2 Responsabilité pénale

1.3.3 Cadre légal

- Droit de vivre dans la dignité
- Non-assistance à personne en danger
- Droit à la liberté et à la sûreté
- Droit à ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
- Droit à ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance
- Protection de l'intégrité
- Intérêt supérieur de l'enfant

1.3.4 Information

1.3.4.1 Information à destination des usagers, des familles, de toute personne désignée pour assister l'usager et des représentants légaux

1.3.4.2 Information : services et institutions

1 Clarification des notions

1.1 Mesure de contention et d'isolement

Les mesures de contention et/ou d'isolement sont des mesures exceptionnelles de sécurité destinées à prévenir ou maîtriser des actes de violence. Elles limitent par des procédés divers l'autonomie et les mouvements d'une personne présentant un comportement la mettant elle-même et/ou les autres en danger. Elles ne peuvent être utilisées qu'en dernier recours ; en aucun cas, elles ne peuvent avoir une visée thérapeutique, éducative, disciplinaire, ou punitive.

Ces mesures ne peuvent donc en aucun cas être destinées à pallier un manque de personnel, être conçues en vue d'assurer un certain « confort » pour les professionnels ou les familles.

Les techniques utilisées à cette fin peuvent être de différents types :

1.1.1 Contention physique : elle consiste à immobiliser une personne, selon des techniques spécifiques de contrôle manuel, pour entraver sa liberté de mouvement ;

1.1.2 Contention mécanique : elle consiste à utiliser un mécanisme pour restreindre les mouvements d'une personne (sangles, camisoles de force, lits clos, orthèse, ...) ;

1.1.3 Contention chimique : elle consiste à administrer des médicaments à une personne afin de contrôler son comportement (antipsychotiques, tranquillisants, hypnotiques et sédatifs, ...) ;

1.1.4 Isolement : il consiste en toute forme d'écartement pendant lequel un responsable, pour des motifs précis et de manière temporaire, isole une personne et la tient à l'écart de ses pairs et/ou des professionnels. Il s'agit en d'autres termes du placement d'une personne seule dans une pièce fermée à clé, quel que soit le nom donné à cette pièce.

- Pratique d'isolement : mise à l'écart d'une personne dans un local spécifiquement destiné à cet effet, généralement accompagnées d'une procédure particulière en matière d'enregistrement, d'information et de communication aux tiers.

- Mesure d'écartement : mises à l'écart d'une personne dans une pièce répondant en principe à une situation de danger moindre que les mesures d'isolement et faisant de ce fait l'objet d'une procédure moins élaborée.

- Dans les faits néanmoins, il reste très difficile - voire impossible - de différencier les deux et c'est pourquoi nous recommandons que toutes les mesures - qu'elles soient d'isolement ou d'écartement - fassent l'objet d'un écrit et d'une communication aux personnes responsables.

Conclusion

Sans être exhaustif, on voit les évolutions du droit français au regard des engagements internationaux de la France et principalement la CEDH, La France s'y est pliée avec retard puisque que la France, qui héberge la Cour, n'a ratifié la Convention (1950) qu'en 1974, et n'a permis à ses résidents de saisir la Cour qu'en 1981.

La judiciarisation est en marche avec un relatif alignement sur la jurisprudence anglo-saxonne et une harmonisation un peu forcée avec les autres législations européennes.

DEUXIÈME PARTIE - LE CONTEXTE FRANÇAIS

Contexte

- ▶ L'offre hospitalière de soins psychiatriques est présente en France dans 621 établissements de santé.
 - ▶ Elle se caractérise par :
 - » La place de la psychiatrie publique sectorisée et la part des établissements ayant une autorisation unique en psychiatrie ; les établissements publics et privés sans but lucratif représentent 75 % des capacités d'accueil. Les établissements sectorisés représentent 77 % des capacités pour la prise en charge en psychiatrie générale ;
 - » L'augmentation très importante de l'activité depuis une vingtaine d'années et le développement des prises en charge ambulatoires ou à temps partiel ;
 - » La spécialisation de l'offre dans le cadre de soins gradués.
 - ▶ L'offre sectorisée en psychiatrie générale est assurée par 255 établissements, dotés de 42.147 lits et 15 740 places.
 - ▶ 297 établissements sont non sectorisés, avec 14.353 lits et 1991 places.
- La place de la sectorisation est plus forte en psychiatrie infanto-juvénile : sur un total de 211 établissements pour 1635 lits et 7512 places, seulement 93 établissements ne sont pas sectorisés, soit 465 lits et 1374 places.
- ▶ Il est toutefois à noter qu'un même établissement peut avoir une offre sectorisée et non sectorisée.
 - ▶ Plus de la moitié des établissements ayant une activité de psychiatrie, qu'ils soient sectorisés ou non, sont des établissements ayant une autorisation exclusive en psychiatrie.

Les textes

- ▶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- ▶ La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a fixé cinq objectifs en matière de santé mentale.
- ▶ Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- ▶ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- ▶ Décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.
- ▶ L'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.
- ▶ L'article 9 du code civil.
- ▶ L'article L. 3211-3 du code de la santé publique.
- ▶ Arrêt 2012-11-06 (jpa/caa/can-cedh) de La Cour administrative d'appel de Bordeaux qui condamne l'hôpital psychiatrique de Cadillac-sur-Garonne pour avoir interdit les relations sexuelles dans un de ses pavillons.

Les modalités de soins sans consentement

- ▶ **Modalités de soins psychiatriques.**
- ▶ Le Code de la santé publique définit les modalités de soins en psychiatrie, réformées en juillet 2011 et en septembre 2013. Il pose le principe du consentement aux soins « des personnes atteintes de troubles mentaux », énonce **l'exception des soins sans consentement et définit ses modalités d'application.**
- ▶ **Depuis 2011, les droits des patients soignés en psychiatrie sans leur consentement sont réaffirmés.**
- ▶ Le patient reste un citoyen à part entière.
- ▶ Les hospitalisations longues ne doivent pas être la règle.
- ▶ Le patient doit être informé notamment sur ses droits et voies de recours, et doit pouvoir présenter ses observations si son état le permet, sur la mesure le concernant.
- ▶ Le patient doit être le plus possible associé aux décisions et aux soins le concernant.
- ▶ Le contrôle systématique de la nécessité et du maintien des mesures d'hospitalisations sans consentement par le Juge des libertés et de la détention (JLD) est maintenu mais simplifié.

Dispositif législatif et réglementaire

Dispositif de juillet 2011 modifié en septembre 2013

- ▶ Les soins psychiatriques libres demeurent la règle.
- ▶ **Définition de trois modalités de soins psychiatriques sans consentement (SSC) :**
 - » Soins sur décision du directeur d'établissement de santé (SDDE) :
 - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU).
 - Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI).
 - » Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).
- ▶ **Diversification des modalités de soins sans consentement :** L'introduction de la notion de soins ambulatoires sans consentement (hospitalisation à temps partiel, soins à domicile, consultations ambulatoires, activités thérapeutiques), alternatifs à l'hospitalisation complète et remplaçant les sorties d'essai ou séquentielles.
- ▶ **Période d'observation d'une durée maximum 72 heures** en hospitalisation complète sans consentement avant de proposer un type de prise en charge : sortie, soins ambulatoires libres, hospitalisation libre, programme de soins ambulatoires sans consentement ou hospitalisation complète sans consentement.
- ▶ **Suppression des sorties contre avis médical :** le tiers ou toute personne de l'entourage doit saisir le JLD en cas de désaccord avec le médecin, conforté par la position du directeur.
- ▶ **Obligation de réaliser un examen somatique complet par un médecin**, dans les 24h suivant l'admission prononcée par le directeur.
- ▶ En plus des saisines facultatives, **le JLD exerce un contrôle systématique** avant le 12^e jour et au 6^e mois de toutes les hospitalisations complètes sans consentement (HC). Le juge peut soit lever l'HC soit la maintenir. Le défaut de décision du juge avant la fin des délais entraîne la mainlevée de la mesure.

Soins psychiatriques SANS consentement du patient (SSC)

- ▶ Soins exclusivement réalisés par les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer cette mission, et selon plusieurs modes d'admission :
 - » Soins psychiatriques à la **demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU)**.
 - » Soins psychiatriques en **cas de péril imminent sans tiers (SPI)**.
 - » Soins psychiatriques sur **décision du représentant de l'Etat (SDRE)**.

Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou péril imminent (SDT)

- ▶ **Trois conditions** doivent être réunies :
 - » La présence de troubles mentaux.
 - » L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins.
 - » La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière.
- ▶ Le tiers est toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient :
 - » Un membre de sa famille ou de son entourage.
 - » Une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil.
- ▶ S'il remplit les conditions ci-dessus, le tuteur ou le curateur du majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

Les formalités d'admission exigent :

- ▶ Une **demande d'admission manuscrite** présentée par un tiers, datée et signée par la personne qui la formule et accompagnée d'une copie de sa carte d'identité. Elle comporte nom, prénoms, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour, de la personne qui demande les soins et de celle dont les soins sont demandés. Elle détaille la nature des relations qui existent entre elles et, s'il y a lieu, leur degré de parenté. Elle peut être transmise par fax ou scan.
- ▶ **Deux certificats médicaux**, datant de moins de 15 jours, attestant que :
 - » Les troubles rendent impossible le consentement de la personne.
 - » Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante (hospitalisation complète) ou régulière (soins ambulatoires ou hospitalisation partielle).
- ▶ **Les deux certificats doivent être concordants et circonstanciés :**
 - » Les médecins établissant les certificats ne doivent être ni parents ni alliés entre eux, ni avec le directeur de l'établissement qui prononce la décision d'admission, ni avec le tiers demandeur, ni avec le patient.
 - » Le **1^{er} certificat** doit être établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.
 - » Le **2^d certificat** doit être établi par un autre médecin, qui peut exercer dans l'établissement d'accueil, sans être nécessairement psychiatre. Le médecin qui établit le 2^d certificat n'est en rien lié par les constatations et conclusions du premier médecin. Après un examen médical, il rédige son certificat en toute indépendance.
- ▶ **Si les 2 certificats médicaux n'aboutissent pas aux mêmes conclusions, le directeur ne peut pas prononcer l'admission.**

Exceptionnellement en cas d'urgence

- ▶ Lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, et uniquement dans ce cas, le directeur de l'établissement peut prononcer à la demande d'un tiers l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin de l'établissement d'accueil (SDTU).
- ▶ Le certificat doit indiquer l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient.
- ▶ La demande d'un tiers reste indispensable.
- ▶ **Dans ce cas, le 2^e certificat médical établi 24h après l'admission doit être établi par un psychiatre distinct.**

Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou péril imminent (SPI)

- ▶ **En cas de péril imminent** pour la santé de la personne et d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers à la date d'admission.
- ▶ Le directeur peut prononcer l'admission en soins psychiatriques.
- ▶ Le certificat est établi par un médecin qui ne peut exercer dans l'établissement accueillant et doit indiquer les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins.
- ▶ Le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de 24h sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins, ou la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé(e) ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE)

- ▶ **Quatre conditions doivent être réunies :**
 - » La présence de troubles mentaux ;
 - » L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins ;
 - » La nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière ;
 - » L'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.
- ▶ La décision est rendue par arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.
- ▶ **En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical** (dans la pratique, souvent par un certificat médical).
- ▶ Le maire (à Paris, le commissaire de police) arrête à l'égard des personnes dont le comportement relève de troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires.
- ▶ Il en réfère dans les 24h au préfet, qui statue sans délai sous forme d'un arrêté (Code de la santé publique art. L. 3213-2).

Quelle que soit la forme de SSC

- ▶ Le directeur informe sans délai le préfet et la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques sans son consentement.

A l'issue des 72h, plusieurs options

- ▶ La fin des SSC (levée de la mesure de contrainte), si un des certificats rédigés à 24h ou 72h conclut que ces soins sans consentement ne sont plus justifiés.
- ▶ La poursuite des SSC.
- ▶ Un psychiatre de l'établissement d'accueil propose le type de prise en charge :
 - » Programme de soins ou hospitalisation complète, en établissant un certificat.
 - » La prise en charge se poursuit en hospitalisation totale ou partielle, ou en soins ambulatoire.
- ▶ **A tout moment de la prise en charge, la contrainte peut être levée.**

Programme de soins

- ▶ Document écrit définissant toutes les prises en charge hors hospitalisation complète.
- ▶ Etabli et modifié par le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne en SSC.
- ▶ Il indique les modalités de prise en charge :
 - » Séjours à temps partiel (hôpital de jour, hôpital de semaine).
 - » Soins ambulatoires (CMP, CATT).
 - » Soins ou hospitalisation à domicile.
 - » Existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.
- ▶ **Aucune mesure de contrainte ne peut être exercée à l'égard d'un patient en programme de soins.**
- ▶ Il précise les modalités de séjours en établissement de santé.
- ▶ La fréquence des consultations, des visites ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée des soins.
- ▶ Il mentionne tous les lieux de ces prises en charge.
- ▶ L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par **un entretien** au cours duquel le psychiatre recueille **l'avis du patient** afin de lui permettre de faire valoir ses observations.
- ▶ Chaque fois que nécessaire, le psychiatre informe le patient de :
 - » Sa situation juridique.
 - » Ses droits.
 - » Ses voies de recours et ses garanties.
- ▶ Il lui indique que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé.
- ▶ Qu'il peut proposer son hospitalisation complète, notamment en cas d'inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé.
- ▶ La mention de cet entretien est notée sur le programme de soins et dans le dossier médical du patient.

Sorties accompagnées de courte durée (moins de 12h)

- ▶ Pour favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur insertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes en HSC peuvent être autorisées à bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement n'excédant pas 12h.
- ▶ La personne est accompagnée, pendant toute la durée de la sortie, par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement et/ou un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée.
- ▶ **Pour les patients en hospitalisation complète SDT** : autorisation accordée par le directeur après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.
- ▶ **Pour les patients en hospitalisation complète SDRE** : le préfet est informé 48h avant la sortie accompagnée, sauf son opposition, la sortie a lieu.

Sorties non accompagnées de 48h ou plus

- ▶ L'autorisation est accordée par le directeur après avis favorable d'un psychiatre.
- ▶ Dans le cas d'un SDRE, la demande est transmise 48 heures avant au préfet.
- ▶ Sauf opposition écrite notifiée 12 heures au plus avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu.
- ▶ Dans le cas d'une SDT, le tiers est informé.

Suivi des mesures de soins sans consentement

- ▶ **Certificats médicaux de suivi.**
- ▶ **Dans le mois qui suit la décision d'admission et au moins tous les mois**, les soins peuvent être maintenus et un certificat médical est de nouveau établi par le psychiatre.
- ▶ Le patient est informé de chacune des décisions et son avis doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.
- ▶ Lorsque la durée des soins excède une période continue d'hospitalisation complète d'un an à compter de l'admission en soins.
- ▶ Le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation approfondie de l'état de la personne, réalisée par un collègue (un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient).
- ▶ Ce collègue recueille l'avis du patient en SDT.
- ▶ **Saisine du juge des libertés et de la détention (JLD).**
- ▶ L'hospitalisation complète d'une personne sans son consentement ne peut se poursuivre sans que le JLD, saisi par le directeur (ou par la préfecture de police de Paris pour les SDRE à Paris), n'ait statué sur cette mesure.
- ▶ Cette saisine a lieu :
 - » **Avant l'expiration d'un délai de 12 jours** à compter de l'admission prononcée sans consentement du patient.
 - » **Avant l'expiration d'un délai de 12 jours**, lorsqu'on modifie la prise en charge sans consentement du patient par une hospitalisation complète.
 - » **Au plus tard 2 semaines avant l'expiration d'un délai de 6 mois** suivant la décision judiciaire prononçant l'hospitalisation et si le patient a été maintenu en hospitalisation complète continue depuis cette décision.
- ▶ La saisine du JLD par le directeur est accompagnée d'un avis motivé rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil.
- ▶ Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.
- ▶ Tous les certificats et avis sont transmis au juge et communiqués au patient et/ou à son avocat.

JLD

- ▶ Le JLD peut ordonner une expertise.
- ▶ **Audience**
Le JLD statue à l'issue d'une audience :
 - » La personne en soins psychiatriques est entendue.
 - » Elle est assistée de son avocat ou représentée par lui.
 - » L'avocat est choisi par la personne ou désigné au titre de l'aide juridictionnelle, ou commis d'office par le juge le cas échéant.
- ▶ **L'assistance par un avocat est imposée depuis septembre 2014.**
- ▶ **L'audience a lieu :**
 - » Dans une salle prévue à cet effet à l'hôpital.
 - » En salle d'audience au tribunal de grande instance (TGI).
- ▶ **Suite à cette audience, le JLD ordonne :**
 - » S'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète ;
 - » Il est possible de faire appel sous 10 jours à dater de la notification de l'ordonnance du JLD devant le 1er président de la cour d'appel.
 - » Dans certaines circonstances, le procureur peut faire appel suspensif d'une décision de mainlevée.
- ▶ **Lorsque le juge n'a pas statué dans les délais, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun des délais.**

Droits des personnes soignées SANS leur consentement

- ▶ Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées.
- ▶ Nécessaires et proportionnées à l'état mental de la personne et à la mise en œuvre du traitement requis. **En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.**
- ▶ Avant chaque décision de maintien des soins sans consentement ou de nouvelle forme de prise en charge en relai, la personne est, si son état le permet, informée et invitée à faire valoir ses observations.
- ▶ Cela par tout moyen et de manière appropriée à cet état.
- ▶ **Toute personne faisant l'objet de SSC est informée, d'une manière appropriée à son état :**
 - ▶ Le plus rapidement possible :
 - » De la décision d'admission ;
 - » De chacune des décisions, ainsi que des raisons qui les motivent.
 - ▶ Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions :
 - » De sa situation juridique ;
 - » De ses droits ;
 - » Des voies de recours qui lui sont ouvertes ;
 - » Des garanties qui lui sont offertes.

L'avis de la personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

- ▶ Droit de communiquer avec les autorités (le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le président du TGI ou son délégué, le procureur de la République du territoire de l'établissement et le maire de la commune ou son représentant).
- ▶ Droit de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et, si elle est hospitalisée, la commission des usagers (CDU) de l'établissement de santé.
- ▶ Droit de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix.
- ▶ Droit de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence.
- ▶ Droit d'émettre ou de recevoir des courriers.
- ▶ Droit de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent.
- ▶ Droit d'exercer son droit de vote.
- ▶ Droit de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- ▶ Droit d'avoir des relations sexuelles.

Recours

- ▶ **Le JLD peut être saisi à tout moment** afin d'ordonner la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques, quelle qu'en soit la forme.
- ▶ **La saisine peut être faite par :**
 - » La personne faisant l'objet des soins.
 - » Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure.
 - » La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle.
- » Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité (Pacs).
- » La personne qui a formulé la demande de soins.
- » Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins.
- » Le procureur de la République.
- ▶ **Le JLD peut également se saisir d'office**, à tout moment.
- ▶ Toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

Où s'adresser ?

Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Organe de contrôle créé pour protéger les libertés et garantir la dignité des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique.

Commission des usagers (CDU) de l'établissement où a lieu l'hospitalisation

Veille au respect des droits des usagers, contribue à l'amélioration de la qualité des soins, facilite les démarches des personnes et veille à ce qu'elles puissent exprimer leurs griefs, entendre les explications et être informées des suites de leurs demandes.

Contrôleur général des lieux de privation de libertés

Veille à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.

Défenseur des droits

Traite les demandes d'information ou de réclamation mettant en cause : non-respect des droits des malades, qualité du système de santé, sécurité des soins ou accès aux soins.

Le Médiateur de la République

Les violences pouvant faire l'objet d'un recours sont : ordres, interdictions, reproches, indifférence, privation de visites, humiliation, infantilisation, absence de prise en compte de la douleur, acharnement thérapeutique, excès de médicaments, toilettes imposées, gifles, sévices sexuels, vols d'argent ou d'objets, matériel inadapté, non-respect du consentement.

Paradoxe

Cette situation s'explique par :

- ▶ Le fait que le soin psychiatrique est passé d'une zone de sous droit dans laquelle le juge ne s'aventurerait que très rarement.
- ▶ A une zone de surexposition au droit au cœur de laquelle le juge se trouve soudainement plongé.
- ▶ Le juge doit élaborer en urgence une jurisprudence cohérente.

Dujardin V, PechillonE - La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE VOL. 91, N° 6 - JUIN-JUILLET 2015,461-469.

Contraintes

- ▶ Construire un dispositif compatible avec les exigences du bloc de constitutionnalité (égalité devant le service public, droit à la santé (droit au juge...)) et avec la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme (respect des droits fondamentaux de l'individu, garantie contre l'internement arbitraire, efficacité des recours contentieux.).

Jurisprudence sur la transmission du dossier

- ▶ L'état réel de santé de ce dernier constitue un élément essentiel du débat juridictionnel sur le bien-fondé de la mesure.
- ▶ Un débat de qualité suppose que l'ensemble des informations ayant concouru à la décision de contrainte puissent être mises dans la balance.
- ▶ Le « référé liberté », prévu à l'article L. 521-2 du Code de justice administrative, permet à un administré (patient hospitalisé sous contrainte) de demander au juge « *d'ordonner toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle [une administration]aurait porté, dans l'exercice de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale* ».
- ▶ Le requérant doit démontrer l'urgence de la situation. Dans son ordonnance, le juge nantais insiste sur le fait que l'accès au dossier médical est un élément indispensable d'un droit au recours au juge et a par conséquent le caractère d'une liberté fondamentale.
- ▶ En ne permettant pas au patient d'accéder en temps utile à son dossier, l'établissement de santé a porté « *une atteinte grave et manifestement illégale au droit au recours effectif* ».

TA de Nantes, ordonnance du 3 octobre 2014, n° 1408210.

TROISIÈME PARTIE - MOTIONS SYNDICALES

Motion syndicale 1 - Loi du 5 juillet 2011

- ▶ Le SPH reconnaît l'importance du rôle du juge introduit dans la loi du 5 juillet 2011 afin de s'assurer du respect du principe constitutionnel de liberté individuelle dans le cadre des soins sans consentement.
- ▶ Le SPH constate toutefois que la complexité de la loi ouvre à environ 140 vices de procédures et peut privilégier le respect de la procédure au détriment du droit à se soigner et être soigné.
- ▶ Le SPH demande que soit constitué un groupe de travail réunissant les professionnels et les pouvoirs publics afin d'assurer une veille permanente des jurisprudences dans la perspective d'amender la loi en tant que de besoin.

Motion syndicale 2 - Loi du 5 juillet 2011

- ▶ Le SPH rappelle avec insistance, fermeté et détermination que les soins en psychiatrie qu'ils soient libres ou sans consentement ne sont indiqués que pour traiter des troubles mentaux et qu'en aucun cas la psychiatrie ne peut être instrumentalisée à des fins politiques.
- ▶ Le SPH rappelle aussi demander de longue date une seule modalité de soins sans consentement, faisant uniquement référence à des finalités thérapeutiques et excluant toute référence à la notion d'ordre public.

Motion syndicale 3 - Isolement et contention

- ▶ Le SPH demande qu'une approche rationnelle sur les pratiques d'isolement et de contention prenne le pas sur une approche dogmatique ne tenant pas compte de réalités cliniques et institutionnelles et qu'elle soit menée en concertation avec les professionnels concernés.
- ▶ Le SPH attend des pouvoirs publics l'attribution de moyens permettant de limiter le recours à l'isolement et la contention quand les situations cliniques et les objectifs thérapeutiques le permettent.

TABLE RONDE : EXERCICE DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE AU FUTUR

LE MÉTIER EN PSYCHIATRIE

Isabelle Montet, Secrétaire Générale du SPH

C'est comme secrétaire générale du SPH, « Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux » que je suis invitée à participer à cette table ronde, c'est-à-dire comme représentante d'un corps professionnel invitée à interroger l'exercice de la psychiatrie publique au futur. Et aujourd'hui, ceci revient à interroger le devenir de la lettre H du SPH, ou le bien fondé de maintenir comme identifiant l'appartenance des psychiatres aux hôpitaux, ou autrement dit envisager le rôle de l'hôpital dans le devenir de notre exercice professionnel.

Nous sommes attachés à ce H, très fortement lié à l'histoire et à la construction de la psychiatrie publique, que ce soit dans son organisation, ou bien plus, dans son poids identitaire pour une profession : être psychiatre des hôpitaux, c'est aussi être psychiatre de secteur, mot qui dépasse la simple unité géographique et même l'outil de soin.

Aujourd'hui, ce H pour la psychiatrie se trouve embarqué dans l'actualité d'une nouvelle réforme sanitaire qui touche les hôpitaux : la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 crée et oblige les établissements à adhérer à des Groupements Hospitaliers de Territoire ; or, ces GHT, qui n'ont pas été pensés pour la psychiatrie, ont un fort impact sur la psychiatrie publique d'un futur très proche.

Cette nouvelle réforme fait suite à une succession de réformes de l'organisation des soins, parmi lesquelles il faut rappeler certaines étapes marquantes pour la psychiatrie publique :

- ▶ Évidemment la loi du 30 juin 1838 et son ordonnance de décembre 1838 qui ont érigé la contrainte faite aux malades en loi et ont donné aux asiles départementaux un statut d'établissements publics.
- ▶ Le début de l'étatisation de l'organisation sanitaire par la loi du 21 décembre 1941 en lien avec la naissance des assurances sociales quelques années plus tôt (loi du 5 avril 1928).
- ▶ La naissance du secteur psychiatrique par la circulaire du 15 mars 1960 officialisé par la loi de 1985 : équivaut à la fin des asiles synonymes de réclusion, à l'installation de la continuité des soins autour d'une même équipe, à la diversification des professions en psychiatrie et à l'extension des lieux de soins.
- ▶ Mais avant que cette loi de 1985 officialise le secteur, le courant hospitalocentrique avait démarré avec :
 - » La loi de 1970 qui en définissant un système hospitalier, définissait également une carte sanitaire nationale pour recenser les lits et les équipements de soins dans des secteurs sanitaires. Il peut être utile de rappeler que ces secteurs sanitaires se sont faits sur le modèle de découpage géographique des populations pensés quelques années plus tôt par les psychiatres des hôpitaux pour les secteurs de psychiatrie.
 - » L'association à une concentration des pouvoirs au niveau de l'État et une prise de distance entre les établissements et les collectivités locales.
 - » Pour la psychiatrie, sa normalisation par l'intégration des hôpitaux psychiatriques dans le droit commun hospitalier.
- ▶ Nouvelle étape : la régionalisation étatique : par les ordonnances de 1996 : qui créent les contrats d'objectifs et de moyens, les ARH, les dotations de financement limitatives pour les établissements, déterminées par les objectifs nationaux de dépenses. Cette logique régionale, renforcée par les réformes ultérieures, est aussi un élément de fragilisation de l'organisation de la psychiatrie publique référée aux départements.
- ▶ La logique dite de « modernisation des hôpitaux » qui est celle de renforcer leur autonomie, mais qui est surtout celle de contraindre à produire des résultats en lien avec la culture de la contractualisation : concrétisée par la réforme Hôpital 2007, les ordonnances de 2003, de 2005 modifient le schéma d'organisation sanitaire, installe la tarification à l'activité pour le MCO, la nouvelle gouvernance des hôpitaux, et la création des pôles de santé au sein des hôpitaux.
- ▶ Étape plus récente : la loi HPST renforce le rôle des directeurs d'établissements, encourage aux coopérations entre établissements, en créant des CHT, communautés hospitalières de territoire (sur le volontariat).
- ▶ Enfin, la loi de modernisation du système de santé de 2016 crée des GHT obligatoires : 135 viennent d'être officialisés pour regrouper 850 établissements. Dont il est clair que la future fusion est la logique.

Pour la psychiatrie, toutes ces évolutions d'organisation hospitalière ont produit :

1. La normalisation de la psychiatrie s'est accompagnée de sa désépécification dans le système sanitaire :
 - » Perte du mode de nomination spécifique des psychiatres des hôpitaux.
 - » Fragilisation du secteur comme mode d'organisation.
2. Un discours et des décisions contradictoires :
 - » plus la valeur des partenariats, de l'ouverture et du décloisonnement de

la psychiatrie est affirmée, et plus sont mis en avant les rôles de la psychiatrie dans les enjeux croissants de la santé mentale, plus on constate le renforcement de l'hospitalocentrisme pour la psychiatrie publique et sa médicalisation avec une recherche de rationalité au détriment des aspects en lien avec son rapport aux sciences humaines.

Il en résulte une illisibilité dans le dispositif de la réforme que traduit par exemple l'empilement des traductions possibles du mot territoire dans l'article 69 de la loi :

- ▶ Premièrement, l'article L. 3221-4 désigne une « zone d'intervention » affectée aux établissements autorisés en psychiatrie par l'ARS pour assurer la mission psychiatrie de secteur.
- ▶ Deuxièmement, le même article cite les « secteurs de psychiatrie » comme des territoires de proximité, qui seront déterminés par chaque établissement dans son projet d'établissement.
- ▶ Troisièmement, selon l'article L. 3222-1 c'est sur une zone géographique qui n'est pas nécessairement celle des secteurs de psychiatrie, que les missions de soins sans consentement sont réparties.
- ▶ Quatrièmement, l'article L. 3221-2 désigne un territoire de santé mentale dont la caractéristique principale est d'être « suffisant » pour associer différents acteurs dans un projet territorial de santé mentale.

Dans ce contexte, les communautés psychiatriques de territoire sont essentielles et déjà dépassées : essentielles bien que n'occupant que 3 lignes dans le code de la santé publique, car elles constituent le moyen de faire réapparaître une spécificité pour la psychiatrie face aux GHT qui la noient dans de grands ensembles ; et parce qu'elles permettent de faire s'exprimer l'initiative des acteurs de la psychiatrie dans la construction des projets territoriaux de santé mentale.

Mais elles sont déjà insuffisantes puisque :

- ▶ Le décret CPT n'est toujours pas publié alors que les GHT ont installé leurs périmètres.
- ▶ La psychiatrie est embarquée dans une réforme dont les outils de planification sont des obstacles aux innovations et à l'inventivité dont a besoin la psychiatrie : il est déjà de plus en plus difficile de défendre des



instruments de soins qui ne vont pas de soi dans une logique hospitalière médicalisée : c'est le cas des séjours thérapeutiques ou même de simples sorties accompagnées de soignants, ou la création d'appartements thérapeutiques, ou même de certaines activités à proposer aux malades.

Du coup, les spécificités irréductibles dans la logique hospitalière de la psychiatrie sont celles de son rôle dans la contrainte aux soins, et réapparaissent de manière quasi-caricaturales : c'est le cas des difficultés liées à l'application de la loi sur les soins sans consentement, sous forme d'une aberration administrative : le nombre important des certificats s'accompagne d'un nombre incalculable de documents prouvant que le droit des malades est respecté vu sous le seul angle qu'ils reçoivent bien une information sans qu'il soit nécessaire de s'assurer qu'ils en comprennent le sens, signe que la forme prime sur le fond ; le non débat qui a remplacé le mot prescription par le mot de décision de contention sans se soucier de donner les moyens de faire disparaître la pratique en est une autre forme.

Donc comment imaginer la psychiatrie de demain ?

- ▶ Ce projet de décret est alléchant puisqu'il y est dit que la CPT va fédérer les actions de la psychiatrie et de la santé mentale mais

ses membres sont des établissements de santé, montrant bien en quoi il s'agit d'une logique hospitalo-centrée et les partenaires de santé mentale ne sont que membres associés.

- ▶ La CPT intervient dans les GHT pour l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du projet médical partagé, mais comme la CPT est basée sur le volontariat elle n'oblige de fait personne.

Donc comparée aux ambitions annoncées d'améliorer la santé mentale, la place de la psychiatrie embarquée dans cette nouvelle réforme signifie qu'un nouveau RDV a été manqué, puisque la loi cadre demandée par les professionnels depuis plusieurs années n'a pas eu lieu et que la psychiatrie doit se glisser dans un système hospitalier qui en limite les possibilités créatives.

Il peut être intéressant de croiser le regard sur cette réforme avec celui de nos collègues belges sur leur propre réforme qui a été votée en 2011, par le dispositif psy 107, motivée par le retard que la psychiatrie belge aurait sur les normes prônée par la commission européenne. Mais peut-être que ce retard est déjà en avance sur la modernité de la réforme française qui va peiner à favoriser une véritable psychiatrie communautaire.

TABLE RONDE : ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE

A. POURRAT

ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE

Article 69 de la Loi de Santé du 26/01/2016

- ▶ Coordination de second niveau en articulation avec les équipes de soins primaires constitués autour des médecins généralistes sur la base d'un projet de santé.
- ▶ Projet territorial de santé mentale (art. L3221-2) associant l'ensemble des acteurs sanitaires, socio et médico-sociaux d'un territoire, réalisé en trois étapes :
 - » Diagnostic territorial partagé.
 - » Projet territorial de santé mentale.
 - » Contrat territorial de santé mentale conclu avec l'ARS.

Le diagnostic territorial partagé

- ▶ Définir des territoires de santé mentale cohérents.
- ▶ Evaluation des besoins de santé mentale à partir d'indicateurs.

Le projet territorial de santé mentale

- ▶ Actions de prévention.
- ▶ Mission de secteur psychiatrique avec une offre de soins psychiatriques graduée organisée en trois niveaux : sectorielle, intersectorielle spécialisée et supra sectorielle de recours.
- ▶ Prise en compte des besoins de populations particulières.
- ▶ Modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

Le contrat territorial de santé mentale

- ▶ Conclu avec l'ARS.
- ▶ Déclinaison des actions, des missions, des engagements, des moyens et des modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

GHT : ETAT DES LIEUX

Au 21 juillet 2016 :

- ▶ 135 GHT.
- ▶ Dont 13 GHT spécialisés en Psychiatrie.
- ▶ 12 Etablissements dérogatoires pour la Psychiatrie.
- ▶ 10 Etablissements dérogatoires pour le MCO
- ▶ Dérogations à durée variable (de 1 à 6 ans).
- ▶ Le renouvellement des dérogations est soumis à une nouvelle demande de l'établissement.



PROJET DE DÉCRET RELATIF AUX COMMUNAUTÉS PSYCHIATRIQUES DE TERRITOIRE

Pour rappel : Article L. 3221-2

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

MISSIONS DE LA CPT

- ▶ Elle fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture.
- ▶ Elle contribue à la définition du projet territorial de santé mentale.
- ▶ Elle s'assure de la déclinaison au sein du projet médical d'établissement de chacun des membres des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale.
- ▶ Elle concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par ce projet territorial de santé mentale, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre.

MEMBRES ET ASSOCIÉS

- ▶ Sont membres de la CPT les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie signataires d'un même contrat territorial de santé mentale et volontaires pour la constituer.
- ▶ Les autres signataires du contrat territorial de santé mentale, notamment les représentants des patients et des familles, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, peuvent être associés à la CPT pour la déclinaison des actions du projet territorial de santé mentale auxquelles ils participent.

MODALITÉS DE CRÉATION

- ▶ La CPT est créée à l'initiative des établissements de santé de service public hospitalier.
- ▶ La convention constitutive de la CPT est préparée par les représentants légaux et les présidents de CME, en concertation avec les instances paramédicales et les représentants des usagers présents au sein des commissions des usagers.
- ▶ Les établissements de service public hospitalier peuvent associer à la préparation de la convention constitutive les autres signataires du contrat territorial de santé mentale, les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale.
- ▶ La convention constitutive de la CPT est conclue pour une durée de 5 ans, renouvelable selon les mêmes modalités.

CONTENU DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE

La convention constitutive comprend a minima :

- ▶ Les objectifs poursuivis par la CPT en termes d'offre et de parcours de psychiatrie et de santé mentale conformément au projet territorial de santé mentale et au projet régional de santé.
- ▶ Les modalités opérationnelles de mise en œuvre de ces objectifs entre ses membres et associés et les modalités de coordination avec les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé et les autres acteurs du projet territorial de santé mentale.
- ▶ La place des secteurs de psychiatrie dans ce dispositif est notamment précisée.
- ▶ L'identification des ressources que ses membres entendent consacrer au projet de la communauté.
- ▶ Les modalités de suivi et d'évaluation de ces objectifs.
- ▶ Les modalités d'inclusion de nouveaux membres.
- ▶ Les modalités de coopération avec des établissements et structures de recours n'appartenant pas géographiquement au territoire de santé mentale.
- ▶ Les modalités de gouvernance et de représentation de la CPT. La gouvernance et les instances sont adaptées à l'objet de la communauté, au nombre et à la diversité de ses actions et de ses membres.
- ▶ Les modalités de participation des représentants des usagers de la psychiatrie et de la santé mentale et de leurs familles.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

- ▶ La CPT élabore son règlement intérieur, qui précise notamment ses modalités de fonctionnement.

RELATIONS ENTRE LA CPT ET LE CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ

- ▶ Le représentant de la CPT peut être désigné comme membre du collège des professionnels et offreurs des services de santé du conseil territorial de santé mentionné à l'article L.1434-10 selon les modalités fixées par arrêté ministériel relatif à la composition de ce conseil.



RELATIONS ENTRE LA CPT ET LES GHT

- ▶ Lorsque l'un des membres de la CPT est partie à un GHT, la CPT est associée par le groupement à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du volet psychiatrie et santé mentale du projet médical partagé.
- ▶ La CPT et le GHT définissent les modalités de leur coopération destinée à prendre en compte les orientations du projet territorial de santé mentale.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

- ▶ CPT préfiguratrice, dans l'attente de la signature du contrat territorial de santé mentale.

GHT

- ▶ Le projet médical partagé doit faire apparaître l'organisation de la Psychiatrie au sein de chaque GHT qui l'exerce, avec une offre de soins graduée et des actions de coopération en santé mentale.
- ▶ Nécessité d'une représentation de la Psychiatrie au sein de la gouvernance des GHT polyvalents.

CPT

- ▶ Généralisation systématique et rapide des CPT sur l'ensemble du territoire national.
- ▶ La CPT se doit d'être le socle de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet territorial de santé mentale, avec définition d'une instance de pilotage.
- ▶ Les territoires des CPT doivent se définir dans le cadre de la discipline psychiatrique et ne pas être imposés par le découpage que délimiterait les GHT polyvalents.
- ▶ Incitations pour les établissements non publics à participer à la CPT.
- ▶ Le Budget de la Psychiatrie doit être sanctuarisé et fléché, en référence au projet territorial de santé mentale et la CPT doit être en position de donner un avis sur la répartition des budgets au sein des territoires et d'en assurer le suivi.
- ▶ Nécessité d'une représentation de la CPT au sein des instances des GHT.

TABLE RONDE : LE MÉTIER DE PSYCHIATRE AU FUTUR

LE MÉTIER EN PSYCHIATRIE

Isabelle Montet, Secrétaire Générale du SPH

LA CONSTRUCTION D'UNE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

Le Cadre

- ▶ Loi de 1838 : Nomination des médecins des asiles : reconnaissance d'une compétence spécifique.
- ▶ 1888 : Concours de recrutement des médecins chefs et adjoints des asiles : création du statut des médecins du Cadre des asiles (nomination par le ministère, avancée à l'ancienneté) ; concours de médicat des asiles.
- ▶ Décret 1910 : Recrutement obligatoire pour le privé participant au service public et les quartiers psychiatriques en Hôpitaux généraux des médecins reçus au concours des asiles.
- ↻ Création d'un Cadre national de la carrière, base du sentiment de communauté d'appartenance.

Engagement dans la production des savoirs

- ▶ 1852 : Société médico-psychologique (Baillarger, élève d'Esquirol).
- ▶ 1890 : Congrès annuel de médecine mentale.
- ▶ 1907 : Amicale des médecins aliénistes.

Spécificités et rapports de force aux origines

Histoire de la médecine : chaque spécialité médicale émergente construit son domaine en fonction des rapports de force avec les autres spécialités (Patrice Pinell).

- ▶ Contexte de développement de la médecine anatomo-clinique :
 - » En lien avec la restructuration de l'hôpital public, lieu d'enseignement pour pratique scientifique et activité diagnostique au lit du malade.
 - » S'accompagne de la hiérarchisation de la place des médecins (concours d'externat, concours d'internat, médicat pour être chef de service).
- ▶ Et aussi médecine sociale :
 - » Chaires d'hygiène dans les écoles de santé.
 - » Médecine légale enseignée dès 1795 (utilité pour la justice).

Psychiatrie : spécialité hybride dès les origines

Médecine des aliénés : entre médecine clinique et médecine légale :

- ▶ Organisation du traitement et expertise médico-légale à la demande des pouvoirs publics.
- ▶ Participation active des aliénistes aux Annales d'hygiène publique et de médecine légale créée en 1829 (Esquirol : membre du comité de rédaction).

Emprise de la neurologie : Charcot impose un anatomopathologiste à la chaire de spécialité des maladies mentales créée à la faculté de médecine de Paris (1877).

↻ Marginalisation de la psychiatrie par rapport à la médecine :

- ▶ Maladie sans lésion (coupée de la médecine anatomo-clinique).
- ▶ Ancrage rural des asiles et logique de relégation basée sur le traitement moral.
- ▶ Médecins des asiles fonctionnaires sans titre hospitalier commun.

Les limites de l'unité et les 1^{ères} revendications

- ▶ Élite parisienne historique (aliénistes patrons entourés de leurs élèves, cercles parisiens et influence dans les administrations centrales, sélections des postes, reconnaissance de la Société Médicopsychologique).
- ▶ Médecins des asiles périphériques soumis au rôle de l'Inspection Générale des Services pour l'organisation des services.
- ▶ 2 concours : médecins aliénistes de la Seine / autres à la périphérie.
- ▶ Compétition entre médecins par le Concours / débuts de carrières dans les hôpitaux les plus éloignés des centres urbains.

Corporation

- ▶ Loi du 30 novembre 1892 : légalise la création des syndicats de médecins.
 - ▶ 1895 : Création de l'Union des médecins aliénistes français.
 - ▶ 1907 : Création de l'Amicale des médecins aliénistes :
 - ➡ 1^{ère} action : contester le concours des médecins aliénistes de la Seine.
 - ▶ Création du Congrès annuel français des médecins aliénistes et neurologistes de langue française qui se réunit en province.
- = marque la **conscience et revendications du rôle des médecins des asiles de la périphérie**

« LA LÉGENDE DORÉE DE LA RÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE »

(Nicolas Henckes, thèse 2007, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*)

Contexte

- ▶ Projets de rénovation de l'entre-deux guerres (services libres, encombrement des asiles, demande des psychiatres d'étendre leur influence sur des pathologies plus légères (« petits mentaux, « psychopathes non aliénés », nouveaux espoirs thérapeutiques (cures de Sakel, électrochocs), etc.).
- ▶ Congrès de Montpellier et dénonciation des morts par privation dans les hôpitaux psychiatriques sous l'occupation.
- ▶ Besoins de réformes de l'après-guerre +- effets de l'épuration et reconquête « morale » au niveau des élites après l'Occupation.
- ▶ Nouvelle impulsion donnée aux sociétés savantes (Société de l'Evolution Psychiatrique créée en 1925, Henri Ey secrétaire général en 1947).

Les réformateurs

- ▶ Jeunes psychiatres parmi lesquels certains issus de l'internat de Paris, titrés, résistants..
- ▶ Prennent appui sur l'Amicale des médecins aliénistes dont ils prennent la tête, qu'ils transforment en Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques en 1945.

Stratégie : s'exprimer au nom d'un collectif

- ▶ Par la diffusion vers l'intérieur de la profession d'une vision partagée de la psychiatrie : rassembler.
- ▶ Par l'obtention de sièges dans les instances de décision nationale : représenter.
- ▶ Par des prises de position dans les débats publics : peser.

CONSTRUCTION D'UNE REPRÉSENTATION

Faire partager une vision : défense d'une nouvelle organisation des hôpitaux psychiatriques : désaliénisme

- ▶ « Hôpital village » basé sur le projet de psychothérapie collective puis psychothérapie institutionnelle.
- ▶ Mobilisation sur la question de l'architecture des hôpitaux psychiatriques, celle des personnels (Daumézon : thèse sur la situation des infirmiers psychiatriques).
- ▶ Réponse à l'encombrement des hôpitaux, à la chronicité et défense de la continuité : secteur.
- ➡ Succès du secteur : rencontre entre conception des psychiatres et vision de l'État valorisant la planification (sectorisation) comme outil de gestion sanitaire.

Intégration dans l'appareil d'État

- ▶ Dans la commission consultative des hôpitaux psychiatriques.
- ▶ Comme conseillers techniques auprès du cabinet du ministère (Le Guillant, Bonnafé).
- ▶ Dans la commission des maladies mentales du conseil permanent d'hygiène sociale : SG du syndicat membre de droit.

Identité professionnelle et formation

- ▶ 1949 : Création par le ministère de l'Éducation Nationale d'un diplôme unique (CES) de neuropsychiatrie (appui des universitaires).
- ▶ Réaction vive du syndicat qui défend séparation entre neurologie et psychiatrie, sur la base du modèle organodynamique de H. Ey (projet Ey - Gallot).

IDENTITÉ PROFESSIONNELLE ET RECONNAISSANCE TARDIVE DE LA SPÉCIFICITÉ

Racines des revendications d'autonomie de la psychiatrie d'après-guerre par rapport à la neurologie :

- ▶ Courant réformateur.
- ▶ Apparition des psychotropes.
- ▶ La psychanalyse étend son champ à la psychose et la déficience (psychothérapie institutionnelle).

Effets du CES de psychiatrie en 1968

- ▶ Faiblesse du pôle universitaire : nécessité de faire appel pour l'enseignement aux HP.
- ▶ Reconnue comme discipline médicale par la loi de 1968 sur la réforme du service public hospitalier (la psychiatrie est enseignée à tous les étudiants de médecine) et comme spécialité.
- ▶ Propice à la redéfinition de la discipline par un projet pédagogique mais pouvoirs publics se détournent du développement de la psychiatrie (maîtrise des dépenses de santé).

Filière universitaire de psychiatrie

- ▶ Ouverture d'un concours d'agrégation de psychiatrie aux titulaires du médecin des HP sur pression des syndicats.
- ▶ Sur critères de compétence de la filière hospitalo-universitaire conformes aux autres disciplines médicales :
 - » Basées sur compétences scientifiques plutôt que cliniques (publications - recherche) : privilégient épidémiologie et essais cliniques sur psychotropes.
 - » Donc incidence sur la formation des psychiatres : perte d'influence de la psychanalyse et pas d'enseignement de la psychothérapie institutionnelle.

IDENTITÉ PROFESSIONNELLE ET « NORMALISATION » DE LA PSYCHIATRIE

- ▶ Loi de réforme hospitalière de 1970 : intégration des hôpitaux psychiatriques dans le système hospitalier et la carte sanitaire (CHS).
- ▶ Loi de 1985 pour légaliser le secteur : succès à contretemps ; années 70 et antipsychiatrie : critique généralisée des institutions qui dilue la vision politique des réformateurs ; maintien des hôpitaux psychiatriques et sectorisation : antimodernes.
- ▶ Contrôle des coûts et réformes sanitaires affectent le secteur (planification régionale).
- ▶ Perte d'influence dans la représentation de la profession : éclatement syndical.
 - » 1967 : création du SPF qui entend représenter médecins des hôpitaux publics, libéraux, universitaires.
 - » Réforme du statut de PH (statut unique) en 1984 : formation en réaction du Spép et du SPS, création du SPU.
- ▶ Effets de la Loi de 1975 sur le handicap et construction de la notion de handicap psychique.
- ➡ Le secteur comme élément identitaire (plutôt que loi de 1838) est devenu « ringard ».

LES ENJEUX DE LA DÉPROFESSIONNALISATION

(L. Demailly, Patrice de la Broise, 2009)

Phénomène macro-sociologique

- ▶ Nouveau management public développe la rationalité managériale et la production de résultats attendus : juridicisation des rapports à l'usager, rôle accru du marché, des agences, des experts cosmopolites et solidaires, etc. dans la production de l'action publique.
- ▶ La nature des organisations est modifiée, perte d'autonomie.
- ▶ Déclin de la place des groupes professionnels dans la régulation de la société (Ordres professionnels, syndicats, etc.) : déprofessionnalisation de la société.
- ▶ Déstabilisation des modèles de professionnalisme du 19^e s et de l'impact sur les politiques publiques : prédominance des identités labiles d'organisation sur l'identité des professions.

Psychiatres hospitaliers

- ▶ Déstabilisation de l'identité militante attachée au secteur (le territoire se substitue au secteur).
- ▶ Perte d'autonomie comme identité professionnelle : autoévaluation, évaluation de certification : les réunions « paperassières » se substituent aux réunions institutionnelles ; les outils de gestion avec obligation de diagnostics rapides se substituent aux évaluations cliniques des psychiatres.
- ➡ Démotivation, fuite vers le libéral.

IDENTITÉ PROFESSIONNELLE ET NOUVEAUX SAVOIRS

Désaliénisme, désinstitutionnalisation, psychiatrie communautaire

- ▶ De nouvelles professions travaillent ensemble (psychothérapie collective, psychothérapie institutionnelle et secteur (AS, éducateurs, ergothérapeutes, etc.).

Paradigme de la santé mentale : fin de la « domination » des psychiatres

- ▶ Depuis les années 80 : prise en charge des worried well croissante : problèmes mineurs désignés comme prioritaires (prévention santé publique).
- ▶ Diversification des actions en psychiatrie (psy d'urgence, psy milieu pénitentiaire, psy de liaison, médico-social, ...) + problèmes de démographie médicale : transfert de tâches.
- ▶ Démédicalisation de la psychothérapie (reconnaissance de la profession indépendante des psychothérapeutes).
- ▶ Démocratie sanitaire : empowerment.

Démocratie sanitaire + rationalisation des soins (enjeux des maladies chroniques)

- ▶ Empowerment et éducation thérapeutique.
- ▶ Thérapies brèves et objectivables privilégiées plutôt que la psychanalyse.
- ▶ Succès de la notion de « rétablissement » : association mondiale pour la réhabilitation psycho-sociale créée en 1986.
- ▶ Savoirs profanes : GEM, patients ressources, pairs aidants, patients experts, groupe des entendeurs de voix, etc.

RÉFÉRENTIEL MÉTIER DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE 2014

La psychiatrie s'occupe de la souffrance psychique et des pathologies mentales.

3 approches complémentaires selon le modèle bio-psycho-social :

- ▶ Démarche médicale : diagnostic, référence et définition d'une nosographie.
- ▶ Abord psychopathologique : différents modèles théoriques pour évaluer les mouvements de la vie psychique, leur fonctionnement et leur évolution.
- ▶ Analyse du contexte et de l'environnement : résonance et contraintes.

Intervention sur les 3 dimensions : Prescriptions – psychothérapie – intervention sur l'environnement.

- ↻ Risques des réductions dictées par les recommandations et consensus.

Tenir compte d'une spécificité par rapport aux autres disciplines : tensions entre positions contraires (liberté – pouvoir – droits – consentement – fonction sociale).

Pénibilité particulière.

Compétences du psychiatre

Tronc commun :

- ▶ Compétence en matière d'organisation (selon le lieu d'exercice (public et libéral), tenir compte des partenaires, de la temporalité (urgences, aigu, chronique), de l'origine de la demande...).
- ▶ Capacités de collaboration.
- ▶ Responsabilité institutionnelle (leadership, transmission des savoirs, anticipation, textes légaux...).
- ▶ Connaissance en psychiatrie médico-légale.
- ▶ Pratiques de psychiatrie médico-sociale.
- ▶ Diversité des modes relationnels : selon l'âge, avec l'entourage, précarité, selon contraintes (SSC, injonctions de soins, handicap mental, etc.).
- ▶ Compétences complémentaires : pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, addictologie, etc.

PSYCHIATRIE D'AUJOURD'HUI ET DU FUTUR

Nouvelles variations sur les oppositions entre conceptions identitaires :

- ▶ Spécialité clinique médicale / médecine sociale ?
- ▶ Clinique de l'intime basée sur la relation / psychiatres régulateurs sociaux ?
- ▶ Priorité aux neurosciences / référence au modèle bio-psycho-social ?
- ▶ Inscription dans dispositifs pour répondre aux coûts des maladies chroniques
- ▶ Dépendance / création de dispositifs originaux renouvelant les principes du secteur ?
- ▶ Psychiatrie publique coûteuse / santé mentale lucrative ?

L'Information Psychiatrique

Profitez-en !
Tarif Membres
SPH

Renseignements et contact
secretariatSIP2@gmail.com



Revue clinique et professionnelle des psychiatres

Votre tribune d'information, de réflexion
et de discussion dédiée à :

Former et informer tous les praticiens
en psychiatrie

Animer **les grands débats** qui traversent
la profession

Publier **des travaux originaux** au carrefour
des **sciences humaines** et des **neurosciences**
autour de questions éthiques, cliniques,
thérapeutiques, de politique de soins,...



10 numéros par an
+ 13 années d'archives en ligne
Votre formulaire d'abonnement
pour les non-membres

sur **www.infopsy.fr**

ORGANE OFFICIEL DU SPH

 **John Libbey**
EUROTEXT

LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX



OFFRE DÉCOUVERTE EXCEPTIONNELLE SPÉCIALE CONGRÈS* L'Information Psychiatrique

Jusqu'à
-25%

1 AN - 15 %

2 ANS - 25 %

	PARTICULIERS (1)		INSTITUTIONS		ÉTUDIANTS (3)		PARTICULIERS (1)		INSTITUTIONS	
	web seul	papier + web	papier seul	papier + web ⁽²⁾	web seul	papier + web	web seul	papier + web	papier seul	papier + web ⁽²⁾
France		☐ 140 € 165 €	☐ 205 € 241 €	☐ 256 € 301 €		☐ 112 €		☐ 248 € 330 €	☐ 362 € 482 €	☐ 451 € 602 €
UE + Suisse	☐ 125 € 147 €	☐ 174 € 205 €	☐ 239 € 281 €	☐ 290 € 341 €	☐ 100 €	☐ 132 €	☐ 221 € 294 €	☐ 308 € 410 €	☐ 422 € 562 €	☐ 511 € 682 €
Autres pays		☐ 191 € 225 €	☐ 256 € 301 €	☐ 307 € 361 €		☐ 142 €		☐ 338 € 450 €	☐ 452 € 602 €	☐ 541 € 722 €

Attention : si vous optez pour le tarif «Particulier», l'abonnement et le règlement doivent être impérativement au nom d'une personne physique.

(1) Offre réservée aux particuliers. Le règlement ne peut émaner d'une institution, d'une société commerciale ou d'une association.

(2) Tarifs valables uniquement pour les centres hospitaliers non universitaires, les cliniques, les cabinets médicaux et les associations, de moins de 20 utilisateurs ou moins de 1 000 FTE. Pour les autres institutions, l'accès à la version web nécessite une licence spécifique. Il existe également une version Web seul. Dans ces deux cas, pour obtenir un devis personnalisé, écrivez à institutions@jle.com.

(3) Valable uniquement sur présentation d'un justificatif.

• Tarif préférentiel pour les membres du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux. Pour en bénéficier, contacter secretariatSIP2@gmail.com

BULLETIN D'ABONNEMENT à retourner accompagné de votre règlement à :
Service abonnements - Editions John Libbey - 127 avenue de la République - 92120 Montrouge - France

OUI je m'abonne à L'Information Psychiatrique

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____ Téléphone : _____

E-mail (indispensable à votre accès en ligne) : _____

Congrès auquel j'ai participé : _____

ABONNEMENT « INSTITUTIONS »

Établissements de moins de 20 utilisateurs ou FTE < 1 000.

Adresse e-mail du contact (indispensable) : _____

Accès au choix : par login/mot de passe par reconnaissance IP
Adresse IP _____

PAIEMENT

Ci-joint mon règlement d'un montant de : €

par chèque à l'ordre des Éditions John Libbey Eurotext

par carte bancaire : Visa Eurocard / Mastercard American Express

N° Date d'expiration

Notez les trois chiffres inscrits au dos de votre carte

Signature : _____

N° TVA (obligatoire pour les institutions) : _____



L'adhésion au SPH

Cher(e) collègue,

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

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

Le SPH, c'est aussi :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tous les ans, l'Assemblée générale à laquelle vous serez conviés, s'articule avec le **congrès de la Société de l'Information Psychiatrique et de l'ODPCPsy**. L'inscription aux **Journées de la SIP** vous est offerte lors de votre première adhésion au SPH !

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

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

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

Cotisations 2016

	Cotisation SPH	Cotisation Société de l'Information Psychiatrique	Abonnement à la revue de l'Information Psychiatrique*	Total	Cotisation complète
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"/> 44 €	<input type="checkbox"/> 51 €		<input type="checkbox"/> 275 €
- Echelon 7 à 13	<input type="checkbox"/> 222 €				<input type="checkbox"/> 317 €
Salarié ESPIC 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 pouvez adhérer aussi directement en ligne et régler par carte bleue à partir du site www.sphweb.info, rubrique adhésions

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

ORGANIGRAMME DU SPH 2015-2018

BUREAU NATIONAL

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

LE CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

Recrute

› 2 Médecins Psychiatres

(C.D.I. temps plein) en intra-hospitalier et extra-hospitalier

› 2 Médecins Pédopsychiatres

(C.D.I. temps plein) en intra-hospitalier et extra-hospitalier

› 1 Médecin-Chef

(C.D.I. temps plein)

sur Bourg-en-Bresse (Remplacement départ en retraite)

› 1 Médecin responsable USN1

(CDI temps plein) sur Bourg en Bresse

Disponibilité des postes : IMMEDIATE.

Rémunération selon Convention Collective 51.

Possibilité Détachement P.H.

Adresser lettre de motivation et C.V. au Centre Psychothérapique de l'Ain
Monsieur le Docteur ONAL - Président de la C.M.E.

Avenue de Marboz - CS 20503 - 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX

Tél. : 04 74 52 28 18 - Email : alialper.onal@cpa01.fr



L'EPSM de la Vallée de l'Arve en Haute-Savoie,
environnement agréable, au cœur des montagnes, entre Chamonix et Annecy et à 20 Km de Genève



RECHERCHE

— 2 PSYCHIATRES A TEMPS PLEIN

1 en psychiatrie d'urgence et de liaison du CHAL et 1 en unité d'admission

— 3 PEDOPSYCHIATRES A TEMPS PLEIN

1 poste au CMPI de Saint Julien, 1 poste à 60 % CMP et 40 % CATTPI de Cluses, 1 poste à 50 % CMPI de Vétraz-Monthoux et 50 % CMPI de La Roche sur Foron

— 1 SOMATICIEN A TEMPS PLEIN

Postes à pourvoir rapidement.

Inscription nécessaire à l'Ordre des médecins.

Pour plus de renseignements :

S'adresser à Mme Pelletier - DRH - PELLETIER-E@ch-epsm74.fr

Site internet : www.ch-epsm74.org



CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE NORD DAUPHINE

Recrute Médecin Psychiatre

Temps plein (dont 50 % en Psychiatrie de liaison), à compter du 1er janvier 2017 - Débutant accepté

Etablissement privé à but non lucratif "ESPIC", Nord-Isère (proche Lyon). Gestion de 3 secteurs de psychiatrie adultes sur Bourgoin-Jallieu et de 2 secteurs de psychiatrie adultes sur Vienne. Application de la Convention Collective 51 FEHAP.

Le médecin psychiatre est sous la responsabilité d'un médecin chef.

Le médecin psychiatre interviendra pour le compte du CPND, sur les secteurs 14 et 15 et la psychiatrie de liaison (aux urgences de l'hôpital de Vienne), sur l'Hôpital de Vienne.

Expérience souhaitée. Qualités managériales et goût du travail en équipe.

Participation aux astreintes médicales - Salaire brut annuel compris entre 60 000 € (débutant) et 85 000 € (15 à 20 ans d'ancienneté).

Avantages : prise en charge de formation, RTT, congés, primes d'astreintes et récupérations.

Candidature : Didier FREMY - Centre Psychothérapique Nord Dauphiné
100, Avenue du Médipôle - CS 43016 - 38307 Bourgoin-Jallieu Cedex

Tél. : 04 74 83 53 00 - Mail : dfremy@fondation-boissel.fr



FONDATION SAINT JEAN DE DIEU

LE CENTRE HOSPITALIER DINAN/SAINT-BRIEUC RECHERCHE POUR SES SITES DE SAINT-BRIEUC

- Pôle de Pédopsychiatrie : 2 Médecins Psychiatres ou Pédopsychiatres
- Pôle de Psychiatrie Adulte : 1 Médecin Psychiatre



Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif, appartenant à la Fondation Saint Jean de Dieu, reconnue d'utilité publique, le Centre Hospitalier Dinan/Saint-Brieuc participe au service public hospitalier dans le domaine de la santé mentale. Il exerce sa mission sur les secteurs de Dinan, Lamballe et Saint-Brieuc.

3 POSTES - CDI Temps Plein ou Temps Partiel - CCN 51 -

Pôle de Pédopsychiatrie, Chef de Pôle : Dr GUEGANT (02.96.68.24.24)

- 6 sites d'implantation (CMPEA, Hôpitaux de Jour, CATTP,...),
- 10 lits - 51 places,
- Une file active de 3000 patients, 150 admissions Temps Plein par an, Une équipe médicale constituée de 8 médecins (+ internes).

Pôle de Psychiatrie Adulte, Chef de Pôle : Dr ALOUI (06.77.86.61.41)

- 8 sites d'implantation (CMP, Hôpitaux de Jour, CATTP,...),
- 83 lits - 39 places,
- Une file active de 5000 patients, 1300 admissions Temps Plein par an,
- Une équipe médicale constituée de 13 médecins psychiatres et généralistes (+ internes),
- Une équipe pluridisciplinaire intervenant dans les domaines suivants :
Psychiatrie générale - Géro-psycho-geriatrie - Addictologie - Urgences - Précarité



→ Renseignements complémentaires : www.chdinanstbrieuc.fsjd.fr



Candidatures + C.V à adresser à :

- Monsieur le Directeur
Centre de Soins Benoît Menni - 8 rue Charles Pradal - 22000 SAINT-BRIEUC
Tél. : 02.96.87.18.10 - assistante.direction@hopital-sjd-lehon.asso.fr



Dans le cadre de l'ouverture d'un SAMSAH

ESPOIR 35 RECRUTE UN MEDECIN PSYCHIATRE COORDONNATEUR (H/F) EN CDI

à temps plein ou temps partiel. Poste basé à Rennes, déplacements sur le Département 35

Le recrutement se fait selon les conditions de la Convention Collective Nationale de Travail des Établissements et Services pour Personnes Handicapées et Inadaptées du 15 mars 1966.

CONDITIONS : Être titulaire du diplôme de Médecin Psychiatre • Avoir une expérience dans un service médico-social ou sanitaire • Connaître le contexte et les politiques sociales en vigueur (loi 2002, loi 2005, loi HPST).

SALAIRE : Selon Convention Collective 1966 ou en intervenant libéral (honoraires).

MISSION PRINCIPALE : Le Médecin Psychiatre apportera ses compétences médicales sur le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés à travers différentes missions :

- Mission de soin de la maladie mentale.
- Mission de coordination avec les praticiens extérieurs (somatique, psychologique).
- Mission de conseil et de soutien à l'équipe pluridisciplinaire.
- Mission d'appui, de ressources et de formation.
- Mission de réflexion et de participation à la dynamique associative.



FORMALITÉS : Les dossiers de candidature devront être adressés sous pli cacheté à :

Madame la Présidente - Association ESPOIR 35 - 7 route de Vezin - 35000 RENNES



EP SM Charcot (268 lits, 186 places, 850 salariés dont 38 médecins)
Situé à Lorient Sud Morbihan – Bretagne.

Recrute

1 psychiatre sur une activité de psychiatrie adulte

Prises en charge en hospitalisation et en ambulatoire
Facilités d'installation et de prise de poste

www.ch-charcot56.fr

Contact :

Mme Nathalie Bouattoura
Directrice adjointe affaires médicales
Tél. : 02 97 02 39 01
Mail : nathalie.bouattoura@ch-charcot56.fr





**L'Établissement Public de Santé Mentale de la Marne
Recherche pour son Unité Malades Difficiles**

Un Psychiatre

Établissement public de référence en psychiatrie et santé mentale pour le département de la Marne. Établissement pilote de la filière psychiatrique dans le cadre d'un Groupement Hospitalier de Territoire.

Établissement employant 65 médecins psychiatres, 12 internes de spécialité et 1100 agents. Établissement dynamique ayant récemment créé de nouvelles activités (Unité Malades Difficiles, SSR Addictologie, Pôle de Gérontopsychiatrie, Équipe dédiée à la prise en charge des migrants etc.).

Établissement à l'équilibre financier ayant obtenu des financements pour la création de nouvelles activités (unité de crise pour adolescents, nouvelle unité d'addictologie).

Statut de Praticien Hospitalier, Assistant Spécialiste ou Praticien Contractuel au choix du candidat.

Unité construite en 2011, offrant un cadre de travail de grande qualité.

Lieu d'exercice : Châlons-en-Champagne.

Préfecture du département de la Marne. Ville agréable de 35000 habitants, activités culturelles et sportives, établissements scolaires. A 1H30 de Paris en train et 2 heures en voiture. A 30 minutes de Reims.

Possibilité de travail à 80% mais nécessairement sur 4 jours continus.

Contact :

Dr Loeffel - Médecin Chef de Pôle

Mail : p.loeffel@epsm-marne.fr - Tél : 03 26 21 84 45

M. Pradalié - Directeur des affaires médicales

Mail : g.pradalie@epsm-marne.fr - Tél : 03 26 70 37 08



Association des pupilles de l'enseignement publique de Meurthe-et-Moselle recherche

MEDECIN PEDOPSYCHIATRE, PSYCHIATRE ou PEDIATRE

Pour le CMPP de NANCY et ses antennes de Lunéville et Pont-à-Mousson
CDI - CCN 31/10/1951

Merci d'envoyer lettre de motivation et CV à :

M. HUSSON Silvere - Directeur Administratif et Pédagogique des CMPP Sud Meurthe et Moselle

CMPP Nancy - 73, rue Isabey CS 95204 - 54 052 NANCY Cedex - Tél. : 03 83 27 31 70

Mail : cmpp.nancy@wanadoo.fr

ou M. le Président des PEP 54 - 3, rue Wucher Bontems - 54300 Lunéville - pep54@wanadoo.fr

*Postes à pourvoir
immédiatement*



web

EPSAN Etablissement Public
de Santé Alsace Nord

Un acteur majeur du dispositif de santé mentale dans le Bas-Rhin

Recherche

Des Médecins Psychiatres PH à temps plein ou temps partiel

Dont un poste à recrutement prioritaire (centre de détention de Oermingen).

Médecin titulaire d'un DES de psychiatrie générale ou d'un titre reconnu équivalent.

Un Médecin Généraliste

Intervention au sein des unités de psychiatrie générale, au sein d'une équipe pluridisciplinaire.



web



<http://www.ch-epsan.fr/>

Direction des affaires médicales

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE ALSACE NORD

141 avenue de Strasbourg - BP 83

67173 BRUMATH CEDEX

Tél. : 03 88 64 77 59 - Fax : 03 88 51 08 12

Mail : domthee.ditte@ch-epsan.fr

LE CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT A TOULOUSE

Etablissement spécialisé en psychiatrie

Recrute Trois Praticiens Spécialisés en Psychiatrie Infanto-Juvenile

- › 1 poste à pourvoir de suite (sous statut contractuel dans un premier temps).
- › 2 postes qui seront prochainement à pourvoir.

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

Des renseignements sur les postes peuvent être obtenus auprès du Chef de Pôle concerné
Secteur Infanto-Juvenile : Monsieur le Docteur Jean-Jacques JOUSSELLIN
Tél. : 05 61 43 78 72 - jean-jacques.joussellin@ch-marchant.fr



L'Institut Médico-Educatif « Soleil des Pyrénées » (66) recherche un Médecin Pédopsychiatre (H/F) à mi-temps

L'établissement accueille en externat 130 jeunes de 6 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle légère à moyenne avec ou sans troubles associés.

Poste vacant à pourvoir dès que possible

Missions

- Vous serez responsable de la coordination et de la cohérence des interventions médicales et paramédicales tant en interne (Psychologues cliniciens, Psychomotriciens, Orthophonistes, Infirmières) qu'à l'externe (CMP, Hôpitaux, praticiens libéraux, etc.) ;
- Vous assurerez la prise en charge médicale des usagers : suivi médical, consultation ;
- Vous aurez un rôle d'expertise et de guidance clinique auprès de l'équipe pluridisciplinaire ;
- Vous développerez un travail de partenariat avec les autres structures et/ou acteurs de la prise en charge (professionnels libéraux) ;
- Vous participerez à la validation d'admission ou de réorientation des usagers selon les procédures en vigueur ;
- Vous serez un interlocuteur auprès des familles ;
- Vous assurerez l'élaboration des protocoles médicaux et paramédicaux.

Aptitudes souhaitées

- Expérience des institutions médico-sociales.
- Esprit de décision et sens de la pédagogie.
- Connaissance de l'autisme.

Conditions de rémunération

En référence aux rémunérations servies aux praticiens hospitaliers selon ancienneté.

Profil

- Diplôme de médecine psychiatrique fortement souhaité.
- Expérience auprès d'enfants et jeunes adultes handicapés souhaitée.

QR Code

Renseignements et candidatures : Mme Anne Cantie-Soler, Directrice-Adjointe anne.cantie-soler@imed-perpignan.fr 04 68 54 14 20



L'A.D.P.E.P. 66 RECRUTE Pour ses établissements des Pyrénées Orientales

→ 1 Pédopsychiatre ou psychiatre (H/F) - C.D.I I ETP
CMPP de PERPIGNAN - A pouvoir pour le 01/04/2017

→ 1 Pédopsychiatre ou psychiatre (H/F) - C.D.I 0.30 ETP
SESSAD ITEP PERPIGNAN - A pouvoir au plus tôt

→ 1 Pédopsychiatre ou psychiatre (H/F) - C.D.I 0.30 ETP
CMPP de SAILLAGOUSE - A pouvoir au plus tôt

→ 1 Pédopsychiatre ou psychiatre (H/F) - C.D.D 0.60 ETP
ITEP de TOULOUGES – Rempl. c. maternité à partir du 01/03/2017

QR Code

Envoyer lettre de motivation + CV à :

Madame la Directrice du pôle médico-social
AU SIEGE ADPEP 66
10 Rue Paul Séjourné - 66350 TOULOUGES
Tél. : 04.68.62.25.25 / Fax : 04.68.62.26.26
Email : m.villard@adpep66.org

Le C.M.P.P pratique sous forme de consultations ambulatoires, le diagnostic et le traitement des enfants et adolescents.

L'ITEP et son SESSAD accueillent des adolescents de 11/18 ans présentant des difficultés psychologiques dont l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE DE NICE

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

Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC).

Nous recherchons pour notre établissement de Nice

MEDECINS PSYCHIATRES H/F
MEDECINS GENERALISTES H/F

En CDI Temps plein
Salaire selon Convention Collective Fehap 51

Postes à pourvoir rapidement

Merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à :
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE - Service Ressources Humaines
87, avenue Joseph Raybaud - CS 41519 - 06009 NICE Cedex 1
04 93 13 57 35 - celine-merra@nice-groupe-sainte-marie.com



web



Renseignements :
Site : www.fondationseltzer.fr

ou Dr François BACH
Directeur Général
au 04 92 25 31 53

Envoi CV par email à :
direction@fondationseltzer.fr

ou par courrier à :
Fondation Edith SELTZER
05107 BRIANCON

En région PACA, dans les HAUTES-ALPES à Briançon – Serre-Chevalier – 05100

La Fondation Edith Seltzer Recrute

un psychiatre en CDI, à temps plein ou temps partiel

Psychiatre avec activité sur les unités de psychiatrie pour adultes du Centre Médical Chant'Ours (suite de crise, séjour de rupture...) et activité de liaison avec les autres services médicaux et médicosociaux de la Fondation.

Pas de garde, ni d'astreinte. Etre inscrit à l'Ordre des Médecins.

Salaire selon la Convention Collective FEHAP de 1951, avec reprise d'ancienneté (79 400 € brut annuel pour 20 ans d'ancienneté).

Possibilité de logement sur site.



web

Recherche un poste de

Praticien Hospitalier Pédopsychiatre à Temps Plein

Il sera responsable d'un CMP. Il sera donc chargé d'un travail de consultation auprès d'enfants, de famille et d'adolescents. Animation de réunions de synthèse hebdomadaire pour élaborer les projets de soins des enfants au sein de l'équipe pluridisciplinaire composé de psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien et assistante sociale.

Candidatures à adresser au Directeur du Centre Hospitalier de Martigues
Affaires Médicales – Mail : direction.affmed@ch-martigues.fr

Renseignements auprès de la Responsable des Affaires Médicales : 04 42 43 20 94



LE CENTRE HOSPITALIER DE LA DRACÉNIE A DRAGUIGNAN

Ville de 40 000 habitants et bassin de vie de 100 000 habitants. Territoire Var Est – Côte d'Azur.
Située à mi-chemin entre Les Gorges du Verdon et le Golfe de Saint-Tropez.

Dans le cadre de l'ouverture de la nouvelle Maison d'Arrêt de Draguignan prévue en septembre 2017 (540 places),

recrute 2 psychiatres des hôpitaux, PH à temps plein (recrutement sur postes prioritaires), dont 1 responsable de cette Unité Fonctionnelle. Ce dernier aura notamment pour mission de finaliser le projet thérapeutique de cette nouvelle UF avant l'ouverture.

Ces postes sont intégrés dans le dispositif de soins du Pôle de Santé Mentale (secteur de psychiatrie adulte rattaché à un centre hospitalier général) comprennent 10 postes de psychiatres à temps plein et 1 poste de PH somaticien à temps plein.

Contacts :

DRH : Mr Martin CELLI - Tél : 04 94 60 51 85 - martin.cell@ch-draguignan.fr

Chef de Pôle de Santé Mentale : Docteur Louis-Richard FENOY - Tél. : 04 94 60 53 27 - sophie.lopez@ch-draguignan.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE LA DRACÉNIE A DRAGUIGNAN

Ville de 40 000 habitants et bassin de vie de 100 000 habitants. Territoire Var Est – Côte d'Azur.
Située à mi-chemin entre Les Gorges du Verdon et le Golfe de Saint-Tropez.

recrute 1 psychiatre des hôpitaux, PH à temps plein.

Ce poste est intégré dans le dispositif de soins du Pôle de Santé Mentale (secteur de psychiatrie adulte rattaché à un centre hospitalier général) comprenant 10 postes de psychiatres à temps plein et 1 poste de PH somaticien à temps plein. Le dispositif sectoriel est constitué d'un service d'hospitalisation temps plein de 39 lits, d'un Hôpital de Jour de 25 places et d'un Centre Médico-Psychologique situés sur Draguignan même.

Contacts :

DRH : Mr Martin CELLI - Tél : 04 94 60 51 85 - martin.cell@ch-draguignan.fr

Chef de Pôle de Santé Mentale : Docteur Louis-Richard FENOY - Tél. : 04 94 60 53 27 - sophie.lopez@ch-draguignan.fr





LES FONDATIONS BON SAUVEUR DE PICAUVILLE ET DE SAINT-LÔ



LES FONDATIONS BON SAUVEUR DE PICAUVILLE ET DE SAINT-LÔ (MANCHE)

Situées sur la presqu'île du Cotentin, région touristique au cœur des paysages préservés du bocage normand, dans un cadre de vie privilégié à proximité de la mer et de Caen, les Fondations Bon Sauveur de Picauville et de Saint-Lô regroupent près d'une quinzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées et de la formation. Les Fondations ont rejoint en 2016 le GCS pour la recherche et la formation en santé mentale, qui relaie les recommandations de l'OMS.

Recrutent

- UN MÉDECIN PSYCHIATRE
- UN MÉDECIN PÉDOPSYCHIATRE
- UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE
- UN MÉDECIN COORDONNATEUR EHPAD

Postes à temps plein (204 jours de travail/an)
ou à temps partiel - Postes à pourvoir immédiatement

Renseignements : M. Chauveau - 02 33 77 56 28 - 02 33 77 56 34

RÉMUNÉRATION

- Rémunération selon CCN 51 (FEHAP)
- Reprise d'ancienneté
- Prime d'embauche de 12 000 (4 000€ par an pendant 3 ans)
- Prise en charge des frais de déménagement

AVANTAGES SOCIAUX

- Comité d'entreprise
- Self d'entreprise
- Mutuelle familiale
- Prévoyance
- Retraite complémentaire
- 32 jours de congés payés
- Développement professionnel continu

Candidature avec CV et lettre de motivation par courrier à : Fondation Bon Sauveur - Mme Solange SECCI - DRH - 65 rue de Baltimore - 50000 Saint-Lô ou par mail à : service.recrutement@fbs0.fr



Centre Hospitalier
de l'Estran

LE CENTRE HOSPITALIER DE L'ESTRAN PONTORSON RECRUTE UN PSYCHIATRE POUR ADULTES ET UN PSYCHIATRE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

Le CH est situé à PONTORSON dans la baie du Mont Saint Michel, Pontorson, à 40 mn de RENNES et 80 mn de CAEN par autoroute gratuite.

Région touristique et balnéaire - Gare TER et TGV à 20 km.



Organisation avec un pôle santé mentale pour la psychiatrie adulte et infanto-juvénile et prise en charge de l'ensemble de la population du Sud Manche.

Organisation classique avec des unités de soins intra polyvalentes et plus spécialisées (anxi-dépressif, Géroto psychiatrie, ...) et 3 sites extra hospitalier sur Avranches, Granville et Saint Hilaire du Harcouët (CMP CATTIP Hôpital de Jour).

Possibilité de prendre des responsabilités institutionnelles et de développer des projets nouveaux dans le cadre du nouveau projet d'établissement 2015-2019.

Profil et qualités requises

- Diplôme d'État de docteur en médecine et inscription à l'Ordre des médecins.
- Capacité à assurer la responsabilité médicale d'unités et mise en œuvre de projets médicaux.
- Expérience souhaitée en milieu hospitalier.
- Disponibilité.
- Sens de l'intérêt général.

Organisation du temps de travail

- Horaires statutaires avec autonomie d'organisation.
- Participation aux astreintes.

Candidature à adresser à :

Madame la Directrice des Ressources Humaines et des Affaires Médicales
7, chaussée de Villecherey - 50170 PONTORSON
Courriel : d.soudee@ch-estran.fr - Tél. : 02 33 60 73 26



CENTRE HOSPITALIER
PHILIPPE PINEL

Centre Hospitalier Philippe Pinel Etablissement Public de Santé Mentale

à Amiens, ville universitaire en Picardie - 1h15 de Paris, de Lille, de Rouen et 2h de Reims.

Implanté sur un vaste terrain de 34 hectares situé à Amiens, le Centre Hospitalier Philippe Pinel est chargé de la prise en charge des maladies mentales dans les quatre secteurs géographiques qui lui sont rattachés. Sa capacité d'accueil est de 327 lits.

L'établissement recrute DES MEDECINS PSYCHIATRES

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

Contacts :

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



Centre de soins psychiatriques

Reconnaissance exception. de 2007 et de 2015.
ETABLISSEMENT MODERNE POUR CURES LIBRES



Clinique Ker Yonnec (Champigny/89)

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

Recherche un psychiatre en activité libérale.

Merci d'adresser votre candidature à : direction@keryonnec.com - Tél. : 03 86 66 66 80 - Site Web : www.keryonnec.com

RECHERCHE UN PSYCHIATRE PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN POUR LE SERVICE PEDOPSYCHIATRIE

Poste disponible de suite.
Pour tout renseignement s'adresser à :
Dr Katherine Dieckmann
Chef du pôle mère enfant
dieckmk@ch-blois.fr
Dr Christine Petit
Chef de service de pédopsychiatrie

Etablissement public de santé de 2680 salariés au cœur de la vallée de la Loire, à 1h30 de Paris, 35 minutes de Tours et 40 minutes d'Orléans.

Le service de pédopsychiatrie comprend : une unité d'adolescents avec 5 lits d'hospitalisation au service de pédiatrie générale, et un hôpital de jour adolescents • un CMP enfants • un CATTp enfants • un CMP enfants et adolescents à Vendôme • une unité diagnostic précoce et accompagnement de l'autisme chez le jeune enfant (agrément 2015) en articulation avec le CAMSP polyvalent du Centre Hospitalier de Blois. Le service fait partie du pôle mère enfant du CH Blois regroupant la pédiatrie et néonatalogie, la pédopsychiatrie, le CAMSP, la maternité, le CPEF et la Maison Des Adolescents (MDA). Il travaille en étroite collaboration avec le service de pédiatrie et néonatalogie ainsi qu'avec la maternité, le CAMSP, le service de psychiatrie générale et la MDA.

L'effectif médical du service est de 6 ETP (dont 2 vacants suite à des départs à la retraite en 2015 et 2016) et 2 Internes.



Le Centre Hospitalier de Périgueux (24), hôpital de référence du département de la Dordogne, à 1h20 de Bordeaux, situé dans un cadre agréable, doté d'un projet médical dynamique.

Recrute pour renforcer l'équipe médicale

Le poste est à
pourvoir rapidement

1 psychiatre (PH, contractuel, ou assistant)

Le pôle de Psychiatrie comprend 85 lits dont 15 réservés à l'hospitalisation sans consentement :

- Un secteur de pédopsychiatrie en pleine expansion.
- Deux secteurs de psychiatrie Adultes avec CMP, activités alternatives, un EMPP, une coopération territoriale.
- Une unité d'urgence psychiatrique et de psychiatrie de liaison.
- Une consultation en milieu pénitentiaire.



Contact :

da.am@ch-perigueux.fr
Tél. : 05 53 45 25 58



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

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

Activité multi-sites
Rémunération suivant Convention FEHAP 51 (majoration DOM +20%)
Contact : Nacer DJOUDI - Directeur du Pole MSH - 02 62 90 29 89
Candidature (lettre de motivation + CV) à adresser à : drh@asfa.re et nacer.djoudi@asfa.fr
Information sur les établissements du PMSH sur : www.asfa.re



Dans un environnement scientifique et pluridisciplinaire, les Hôpitaux universitaires de Genève offrent des activités intéressantes et variées au service des patients de la communauté régionale.

Nous recherchons un/une :

CHEF-FE DE CLINIQUE AVEC TITRE DE SPECIALITE EN PSYCHIATRIE PSYCHOTHERAPIE

Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences
Centre universitaire romand de médecine légale - Unité de psychiatrie légale (Annonce 7787)

Description de la mission :

- Assurer une activité d'expert psychiatre, principalement dans le domaine pénal (responsabilité, risque de récidive, mesure) et civil (mesures de protection de l'adulte, PAFA, recours auprès du Tribunal de la protection de l'adulte et de l'enfant) • Assurer personnellement et en collaboration avec d'autres médecins la réalisation de missions d'expertises psychiatriques • Superviser le travail d'expertise de collègues moins avancés.

Vous trouverez plus d'informations sur ce poste, les modalités pratiques ainsi que toutes nos offres d'emploi sur notre site internet www.hug-ge.ch



Rejoignez la communauté des **Psychiatres**

Réseau
PR Santé



Sur
Reseauprosante.fr



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr