

La LETTRE du

Numéro 13 - Juin 2017



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

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

MISSION D'INFORMATION SUR LA
PSYCHIATRIE DES MINEURS EN
FRANCE : CONTRIBUTION SPH SIP

PROTECTION DE LA SANTÉ VERSUS
LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS
HAS CONTENTION ET ISOLEMENT

ENQUÊTE SPH EN LIGNE :
DAF, GEL DES POSTES

36^e JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ DE
L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE À
TOULOUSE : CLINIQUES, RISQUES,
TRAUMAS



Sommaire

Depuis le dernier numéro...	03
Députés et santé mentale : des responsabilités à assumer Lettre ouverte du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux	04
Mission d'évaluation de la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi 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	07
Rapport Véran : Hors sujet pour la psychiatrie	10
Quelques textes réglementaires	11
Mission d'information sur la psychiatrie des mineurs en France : contribution SPH SIP	14
Protection de la santé versus liberté d'aller et venir	24
Synthèse des recommandations HAS contention et isolement	28
38 ^e Journées de la Société de l'Information Psychiatrique à Toulouse : Cliniques, risques, traumas	44

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.

DEPUIS LE DERNIER NUMÉRO DE LA LETTRE DU SPH...

Le SPH a poursuivi ses actions, visibles et moins visibles, de défense de la psychiatrie publique qui passe par la reconnaissance de ses spécificités. Que ce soit dans ses conditions d'exercice professionnel ou dans une qualité des soins qui permette au plus grand nombre d'accéder aux offres nécessairement diversifiées de prise en charge, pour répondre au mieux aux besoins d'une société dont les attentes ont des accents paradoxaux.

Comme vous le verrez plus loin, le SPH a ainsi dû réagir à la nouvelle opération de dénigrement de la psychiatrie infanto-juvénile menée par le député Fasquelles, mais aussi prendre part à la mission sénatoriale sur la psychiatrie des « mineurs », ou maintenir une analyse des rapports sur le dernier plan Autisme. Ou encore réagir aux propositions de réforme de la tarification des hôpitaux touchant la psychiatrie.

Le SPH a continué face aux réformes sanitaires à plaider pour la reconnaissance de la cohérence de la continuité des outils de soins que constitue le secteur psychiatrique, et la valorisation de la formation et des actions de la profession : dans un environnement où les budgets de santé sont resserrés et où la démocratie sanitaire valorise le mélange des interventions dites de « santé mentale », c'est en pesant sur la rédaction des textes réglementaires qui accompagnent la loi de santé, ou en prenant part aux discussions nées des nouvelles instances nationales adossées au ministère de la Santé que sont le Conseil National de Santé Mentale et le Comité de pilotage de la psychiatrie installés fin 2016.

Parmi les textes issus des concertations, le décret sur les Communautés Psychiatriques de Territoire est paru ; le décret sur les orientations des projets territoriaux de santé mentale est toujours en attente de publication à l'heure de rédaction de ce numéro de la Lettre.

Le SPH a également assuré des actions proches des praticiens, dans le soutien aux situations individuelles, parfois dans les établissements et au sein des commissions nationales et régionales, mais aussi en prenant part aux mobilisations et au partage d'informations avec l'appui des différents conseillers. Que ce soit au titre du SPH ou au sein de l'intersyndicale CPH.

La liste des dernières actions menées par le SPH depuis la précédente Lettre du SPH n'est pas exhaustive, avec un nombre de réunions à assurer toujours plus important malgré le manque d'un temps de décharge syndicale. Les chantiers pour la psychiatrie sont multiples, restés ouverts avec le changement de gouvernement : vous pourrez aussi retrouver sur le nouveau site du syndicat www.sphweb.fr un échantillon des sujets sur lesquels la profession doit maintenir sa mobilisation.

Isabelle Montet
Secrétaire générale SPH

DÉPUTÉS ET SANTÉ MENTALE : DES RESPONSABILITÉS À ASSUMER

Lettre ouverte du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

Mesdames et Messieurs les parlementaires,

Comme membres de l'Assemblée Nationale, vous avez dû prendre part aux votes des dernières lois touchant la santé mentale.

Comme parlementaires, vous avez dû recevoir les informations des différentes commissions parlementaires penchées sur la situation de la psychiatrie.

Comme personnes engagées pour améliorer la situation de votre pays, vous avez dû, à défaut de les lire, entendre parler du nombre important de rapports sur la psychiatrie et la santé mentale, signe de l'importance de ces sujets et donc aussi de l'ampleur de la tâche pour les professionnels qui y sont engagés.

Comme élu local, vous devez avoir un CMP, un CMPP, un hôpital doté d'un service au moins de psychiatrie dans votre circonscription. Vous êtes peut-être même président de son conseil de surveillance, voire membre d'un conseil local de santé mentale. Si vous associez votre mandat avec celui de maire, vous avez peut-être même déjà pris un arrêté de soins sans consentement en urgence.

Alors comment se fait-il qu'avec autant d'accès à des sources d'informations croisées pour éclairer vos décisions pour la Nation, les parlementaires que vous êtes s'associent pour nombre d'entre vous à la proposition de résolution n°4134 qui attaque la psychiatrie et invite de manière irrationnelle le gouvernement à retirer des budgets au service public et à imposer sous menace de sanctions pénales certaines pratiques aux professionnels de santé ?

Avez-vous bien conscience que l'action d'apparence anodine de lier votre nom à cette résolution sur la prise en charge de l'autisme vous associe à une attaque de l'organisation sanitaire dans son ensemble ? Est-ce au nom d'une idéologie ultralibérale que vous soutenez l'idée qu'une part indéterminée des budgets du service public de la santé soit transférée vers les intérêts privés d'entreprises libres de s'énoncer éducatives ? Etes-vous à ce point ignorants des procédures de Droit pour demander que les recommandations d'une agence indépendante comme la Haute Autorité de Santé deviennent des obligations légales ? Etes-vous partisan du totalitarisme permettant au pouvoir politique d'imposer des modèles de prise en charge sanitaire ? Avez-vous à ce point si peu confiance dans les fédérations d'associations scientifiques de votre pays pour participer à la diffamation qui tente d'associer « Fédération Française de Psychiatrie » et « maltraitance des enfants » ?

L'histoire de la médecine enseigne que la psychiatrie française est régulièrement attaquée : accusée de trop contraindre au temps de l'antipsychiatrie où la psychanalyse était valorisée pour favoriser la liberté, il lui est au contraire reproché lorsque le discours sécuritaire est privilégié, de ne pas assez retenir les malades jugés

dangereux. On peut se résigner à penser que le goût pour le « psychiatrie-bashing » est donc comme lié à son objet, accru par le malaise actuel de la société. Et comme la maladie mentale et la fragilité psychique éveillent l'appétit des mouvements sectaires, l'organisation de leurs prises en charge est naturellement la cible des campagnes de dénigrement menées par leurs adeptes.

Mais on est en droit d'attendre mieux des députés : l'exposé des motifs de cette résolution qui associe les outils classiques de manipulation que sont les approximations pseudo-scientifiques, l'utilisation du registre émotionnel, les juxtapositions d'idées pour piloter les interprétations, aurait dû susciter un minimum de circonspection de votre part.

Depuis plusieurs années le député Fasquelles mène une croisade aux côtés de groupes de pressions efficacement organisés pour le lobbying et très bien équipés pour la communication : à côté des désirs légitimes d'améliorer l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles autistiques et l'aide aux familles, des attraits financiers sont clairement cités dans cette résolution. Cette nouvelle opération agite la mise en concurrence des moyens alors que d'autres tentent dans le cadre du 3^e plan autisme de désamorcer les querelles dépassées qui surfent sur la caricature de la psychanalyse confondue avec la pédopsychiatrie publique, et de favoriser les approches complémentaires nécessaires à la diversité des situations. En alimentant les rivalités, ce type de résolution s'en prend au principe de solidarité nationale de la sécurité sociale puisqu'il y est demandé de piocher pour certains dans les budgets votés pour tous.

Car souvenez-vous qu'il est demandé à la psychiatrie et la pédopsychiatrie de trouver des solutions à toutes les difficultés et pour tous vos concitoyens, sans discrimination : appelée à être aux avant-postes de la prévention, à accompagner les petites et grandes crises de vie, à participer à la régulation sociale par des soins sans consentement, à participer aux peines judiciaires par de l'obligation de soins, à éclairer les jugements par de l'expertise, à être accessible au plus grand nombre par des consultations avancées (services d'urgences, milieu pénitentiaire, services de soins somatiques, etc.), à analyser les relations institutionnelles dans les structures médico-sociales, à accéder aux personnes en grande précarité, à aider à maintenir l'insertion par des interventions à domicile ou des activités de secteur, à soulager les institutions des troubles du comportement des personnes âgées confuses, des personnes atteintes de troubles du développement, des adolescents difficiles voire même des personnes souffrant d'atteintes organiques et handicaps pour lesquels les services de soins généraux sont sans solution, à proposer des alternatives d'hébergement aux personnes dépendantes faute d'un nombre de places suffisant en structures de vie adaptées. Et la liste n'est pas exhaustive : les cellules d'urgence médico-psychologiques ont aussi dû jouer un rôle après les graves attaques terroristes subies par le pays.

Mesdames et Messieurs les députés, vous pouvez donc réaliser que c'est la santé mentale dans son ensemble qui mérite d'être au cœur de vos préoccupations. L'initiative, récente mais tardive, du gouvernement de créer un conseil national de santé mentale et prochainement un comité de pilotage de la psychiatrie, n'a pas l'ambition d'une loi cadre de psychiatrie et de santé mentale que plusieurs organisations attendaient et que vous auriez pu voter. Mais elle présente le mérite d'installer au niveau national une instance spécifique et une reconnaissance des enjeux en matière de politique publique, en invitant les intervenants de la psychiatrie et de la santé mentale à se prononcer sur des orientations de santé publique. Les rôles des élus sur les territoires de santé mentale en font partie.

Vous pouvez comme vous le voyez, faire beaucoup mieux que vous associer à une nouvelle résolution calomnieuse aux accents populistes. Vous avez même une responsabilité que vous ne devriez pas négliger dans l'amélioration des dispositifs de santé mentale, d'autant plus que la période de campagne électorale dans laquelle vous êtes ou serez engagés devrait être propice aux réflexions et aux propositions constructives face aux attentes du corps électoral, aux besoins des usagers et aux interrogations des organisations professionnelles.

Hénin-Beaumont, 8 novembre 2016

Madame la Directrice
Direction générale de l'organisation des soins
Ministère de la Santé
14 Avenue Duquesne
75007 Paris

Hénin-Beaumont, le 18-02-2017

Madame le Directrice,

Nous sommes dans l'obligation de vous signaler la difficulté majeure rencontrée pour la continuité des soins des enfants et adolescents suite à la décision de plusieurs Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) de refuser aux familles le remboursement de soins d'orthophonie pratiqués en secteur libéral.

En effet, une information circule auprès des orthophonistes selon laquelle les médecins conseil des CRAM refuseront la prise en charge financière des soins d'orthophonie de secteur libéral pour des enfants suivis en psychiatrie publique infanto-juvénile, au motif que ces prestations devraient être payées par l'établissement hospitalier de secteur. Plusieurs situations de refus de prise en charge des séances d'orthophonie prescrites ont été signifiées auprès de parents sur cet argument dans différentes régions. Cette prise de position des CRAM qui remet en cause la couverture de soins pour la population infanto-juvénile s'appuie sur une interprétation inexplicable de l'usage des Dotations Annuelles de Financement.

Il peut être utile de rappeler l'importance, du soin orthophonique dans la prise en charge globale et du développement de l'enfant, pour repérer et traiter les difficultés de langage. Or, le recrutement des orthophonistes en secteur public s'avère de plus en plus difficile. La question du salaire en secteur public qui n'a pas été revalorisé ces dernières années au-delà de bac+2 alors que le niveau d'études est passé à bac+4 voire 5, en est une cause. La présence d'un orthophoniste au sein des équipes pluridisciplinaires des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile n'est donc plus la règle. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile peuvent intervenir à différents moments du parcours de l'enfant à partir d'une consultation spécialisée par un pédopsychiatre ou un psychologue, auprès de l'enfant et aussi de sa famille, pour une évaluation ou pour des soins dont la durée ne peut être déterminée d'avance. Les consultations d'orthophonie y sont associées selon différentes situations :

- ▶ La prescription de séances d'orthophonie peut émaner du médecin généraliste et les séances peuvent commencer avec un orthophoniste du secteur libéral. Le recours au secteur de psychiatrie infanto-juvénile intervient alors dans ce cas dans un 2^e temps : cette décision des CRM remettrait alors en question, à la fois la liberté de prescription initiale du médecin généraliste, l'accès aux CMP et donc la graduation des soins, et tout simplement les soins et la relation engagée entre l'enfant et l'orthophoniste.
- ▶ Lorsque le traitement orthophonique est envisagé après des consultations en centre médico-psychologique, cette décision des CRAM prive l'enfant du soutien indispensable à l'expression verbale et aux apprentissages lorsque l'orthophonie ne peut être dispensée par l'établissement de santé, généralement privé depuis longtemps de recrutement, de postes d'orthophonie et même des lignes budgétaires afférentes.

Les décisions de certaines CRAM de ne pas rembourser des séances d'orthophonie lorsque l'enfant est suivi en CMP ne tiennent donc pas compte des réalités cliniques, ni même de l'organisation des soins ambulatoires : est-il envisageable que dans le domaine des soins de Médecine-Chirurgie-Obstétrique, on demande aux hôpitaux de prendre sur leurs budgets le coût des soins réalisés en secteur libéral pour un patient ?

Nous vous demandons Madame la Directrice de clarifier ces situations et de porter de manière urgente votre attention sur des décisions qui contre toute logique compromettent l'accès aux soins des enfants et adolescents.

Recevez l'expression de notre profond respect.

Dr Marc Bétrémieux,
Président du SPH

Dr Isabelle Montet,
Secrétaire Générale du SPH

Double :

Monsieur Nicolas Revel, directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie
Monsieur Luc Barret, Médecin-conseil national, adjoint au directeur général

MISSION D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 27 SEPTEMBRE 2013 MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS ISSUES DE LA LOI 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

Audition du SPH

Mardi 17 janvier 2017

Plus de trois ans après avoir examiné pendant son Assemblée Générale à Nantes les effets de l'application de la loi du 27 septembre 2013, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux maintient que certaines de ses dispositions, conformes aux propositions du SPH pour faire évoluer la loi du 5 juillet 2011, sont **positives** car favorables à la prise en charge des patients :

- ▶ Généralisation des audiences à l'hôpital.
- ▶ Suppression de l'avis conjoint transmis au JLD remplacé par un avis simple.
- ▶ Abandon de la visioconférence.
- ▶ Rétablissement des sorties de courte durée pour les patients.
- ▶ Assistance systématique du patient par un avocat.

Mais le SPH continue à déplorer l'extrême complexité de la loi et regrette que les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 n'aient pas rendu à la loi sur les soins sans consentement, une nature sanitaire : l'ambiguïté des dispositions concernant la mise en œuvre du programme de soins qui échappe au contrôle du juge n'a pas été levée ; la référence aux troubles à l'ordre public et les procédures d'exception pour les irresponsables pénaux n'ont pas été supprimées.

Les problèmes relevés par les praticiens dans les hôpitaux signent le défaut fondamental de cette loi qui réside dans son déséquilibre structurel entre :

- Une logique sécuritaire qui est à l'origine de la volonté de réforme de la loi du 27 juin 1990 et que la loi de 2013 n'a pas fait disparaître : cette logique sécuritaire se retrouve dans le maintien du rôle du préfet par une référence au risque de troubles à l'ordre public dans les décisions de levée des mesures, ou même simplement dans les aménagements de mesures d'hospitalisation complète.
- La logique de défense des droits des personnes imposée par le conseil constitutionnel et qui est concrétisée par le contrôle systématique des mesures par le Juge des libertés et de la détention.
- La logique des soins qui se trouve soumise aux deux autres logiques, alors que ce sont bien les soins qui devraient guider cette loi d'exception attribuée à la psychiatrie.

Le droit à la protection de la santé est de plus un objectif à valeur constitutionnelle de même niveau dans la hiérarchie des normes que le respect de la liberté individuelle.

Ce déséquilibre qui fait passer au second plan la logique des soins, alimente les fréquents incidents de prise en charge des patients qui faute d'être tracés, et parce qu'ils ne constituent pas les conditions juridiques de « griefs » suffisants faits aux patients, n'alimentent pas les recours et la jurisprudence, et restent donc invisibles.

On peut regrouper ces incidents sous deux aspects principaux :

- ▶ Des mains levées d'application immédiate décidées sur des éléments d'interprétation des JLD qui dépassent les éléments de forme de respect de la loi, souvent incompréhensibles et qui mettent en difficulté la poursuite des soins : l'exemple est donné par un psychiatre d'une décision de main-levées décidée par un JLD au motif qu'un certificat de demande de

maintien n'apportait pas la « preuve » (figurant pourtant au dossier médical du patient) que l'examen somatique des 24 heures avait été réalisé par un psychiatre ne participant pas à la prise en charge. Ces main-levées déconnectées de l'état de santé de la personne dans l'incapacité de consentir aux soins plongent régulièrement les médecins et les familles dans la perplexité de ce qu'il convient de faire pour poursuivre les soins.

- ▶ Des refus préfectoraux d'aménagement des soins sans consentement qui ne tiennent pas compte de l'état clinique du patient pourtant certifié par le psychiatre mais de critères subjectifs d'inspiration sécuritaire. On citera par exemples des exigences de sorties « progressives » systématiques, de très courtes durée et avant accompagnement infirmier, même si l'état de santé de la personne ne le justifie pas, imposées avant d'accorder une autorisation de sortie plus longue.

Ces dysfonctionnements ne sauraient être simplement ramenés aux processus normaux de toute loi dont il est habituel de penser que sa compréhension et ses interprétations sont progressives au fil de son application dans le temps, ou du fait des décisions de jurisprudences qui en modifient l'application : le SPH maintient en effet que la structure même de la loi est à la source des difficultés, du fait de sa grande complexité.

Cette complexité ne peut que favoriser les vices de procédures (comptabilisés à plus de 100 possibles par certains juristes) : l'exigence de respecter sans faute des délais contraints et des identités d'intervenants pour les certificats (psychiatres participant ou non à la prise en charge) en négligeant la réalité d'organisation des services et de démographie médicale en est un facteur ; les variations d'interprétations des contenus de certificats qui, de nature médicale sont destinés à décrire un état de santé circonstancié, font l'objet d'une lecture par d'autres intervenants sous des logiques non médicales, en sont d'autres.

Il faut aussi déplorer que pour tenter de réduire les risques de mise en cause des établissements, les administrations imposent aux soignants de manière exponentielle des procédures susceptibles d'établir les preuves a priori que le patient a bien reçu toutes les informations et a été en mesure de faire des observations, ceci sans tenir compte de l'effet des procédures sur le patient : le respect des formes, qui exige des soignants un rôle de quasi-huissiers, s'impose à la logique selon laquelle des soins peuvent être apportés à une personne privée de la capacité à y consentir, et donc à saisir ces nombreuses instructions.

La loi de 2011 réformée par la loi de 2013 reste donc une loi de chicanes qui impose aux soignants des stratégies d'adaptation pour que les soins soient assurés contre d'autres logiques.

On peut ainsi citer parmi les exigences de preuves sans fin :

► L'instruction d'une ARS à l'attention des directeurs d'établissements qui leur demande de vérifier que lors des arrêtés municipaux pour les SDRE les

signataires ont bien la délégation de signature du maire.

► Le cas d'un magistrat qui a demandé au psychiatre de certifier par écrit que le refus du patient de se présenter à l'audience du JLD était bien véridique.

La jurisprudence abondante, souvent contradictoire, ne peut qu'engendrer les incertitudes pour ceux qui tentent de se conformer à son évolution tant qu'elle n'est pas fixée par la cour de cassation.

Tout récemment, la cour d'Appel de Versailles vient de juger que le certificat initial ne pouvait être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil même s'il n'était pas psychiatre, remettant en cause par ce jugement, un arrêt du Conseil d'Etat du 9 juin 2010 publié au recueil Lebon, stipulant qu'un certificat médical d'un médecin de l'établissement d'accueil de la personne hospitalisée d'office était valide si ce médecin n'était pas psychiatre. Décision qui pour être respectée aurait de sérieuses conséquences sur l'organisation de la permanence de soins, des urgences et des gardes médicales hospitalières. Et donc sur les conditions d'accès aux soins.

C'est pourquoi le SPH maintient que la loi doit être réformée selon des principes toujours valides :

- 1. Un seul mode d'hospitalisation** (disparition de la distinction SDT / SDRE) : *La France est le seul pays à promouvoir l'intervention d'une autorité administrative (le préfet) dans l'admission d'un patient.*
- 2. Abandon de la notion d'ordre public** : *La notion d'ordre public relève d'interprétations variables dans le temps et l'espace, au contraire du code pénal, qui ne s'interprète pas. Il revient au Parquet de requérir un examen psychiatrique destiné à établir la réalité d'un trouble mental et la nécessité d'une hospitalisation immédiate devant le constat d'une transgression de la loi pénale.*
- 3. Un seul certificat médical circonstancié** : *Le contrôle établi depuis 1990 par les CDHP met en évidence que le risque d'internement arbitraire est quasi nul. Si le contrôle par le juge intervient rapidement, un seul certificat médical, dès*

lors qu'il est circonstancié et suffisamment détaillé suffit. Il est envisageable de conserver une procédure d'urgence, le certificateur pouvant être un médecin de l'établissement d'accueil.

- 4. Abandon de la notion de tiers** : *Les difficultés à concilier la solidarité devant la maladie, qu'incarne la notion de tiers, avec les exigences du secret, d'une part, et d'autre part, avec la désafférentation de plus en plus fréquente de sujets marginalisés, conduisent à l'abandon de cette disposition généreuse. Ici aussi, l'intervention précoce du magistrat permet de rétablir le sujet malade dans le champ des préoccupations sociales.*
- 5. Confirmation par certificat motivé du psychiatre dans les 24 h** : *Le psychiatre de l'établissement d'accueil établit au plus tôt, avant l'intervention du juge, un certificat détaillé, motivant la nécessité des soins sans consentement en milieu hospitalier. En cas de procédure d'urgence, le certificateur sera différent.*
- 6. Intervention du juge dans les premières 72 h** : *L'intervention du magistrat vise à valider ou infirmer la poursuite des soins sans consentement, au plus proche de l'admission, pendant la période d'observation de 72 h.*
- 7. Compétence du juge civil** : *La compétence du magistrat ne porte pas seulement sur la forme juridique de la procédure d'admission. Elle porte aussi sur le droit de la personne hospitalisée, sous toutes les formes des droits fondamentaux (dignité, proportionnalité de la privation de liberté aux exigences du soin...). Rien de comparable avec le droit des gardés à vue, ou des personnes retenues en vue d'expulsion, puisqu'il n'existe pas de grief envers la personne soignée. Le point de vue pénaliste est inapproprié.*
- 8. Compétence du juge étendue à l'ambulatoire** : *Les soins ambulatoires sans consentement, initiés pour favoriser la réinsertion du patient, constituent aussi une privation de liberté, et une limitation des capacités du patient. Un examen par le juge est donc justifié dans le même délai que celui observé en cas d'hospitalisation à temps plein. On peut indiquer un mois, puis tous les six mois.*

9. Accroissement des moyens dévolus

aux soins ambulatoires : *La prise en charge de patients en soins sans consentement ambulatoires ne prend sens que si les soins sont rendus possibles par l'existence de structures variées et accessibles, à même de répondre à des situations urgentes, et disposant de personnels formés et en nombre suffisant.*

10. Etudes épidémiologiques sur les effets des SASC (PHRC)

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

11. Etudes épidémiologiques sur les catégories dites dangereuses (PHRC)

(PHRC) : *Le même constat (absence de recherches de bon niveau de preuve) prévaut pour la catégorie de patients définis comme « à risques », patients ayant fait l'objet d'un jugement ou d'une décision d'irresponsabilité pénale, ou ayant séjourné en UMD. Un programme de recherche clinique et épidémiologique doit aussi être promu.*

12. Abandon du collège de soignants :

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

13. CDSP en position décisionnelle de recours de la décision du juge :

Les décisions du juge sont susceptibles de recours devant la CDSP, instance pluriprofessionnelle et indépendante,

comprenant en son sein un magistrat. Cette formation peut se voir dotée de compétences décisionnelles, à l'instar des Tribunaux des affaires de santé mentale britanniques.

14. Attention particulière aux situations des mineurs :

Le statut habituel du mineur le fait dépendre des décisions du ou des titulaires de l'autorité parentale, plus rarement de décision de placement (OPP) par le juge des enfants, ou encore de soins à la demande du représentant de l'Etat. La situation des mineurs accueillis en service de psychiatrie générale, ou en services fermés devrait bénéficier de l'attention du juge.

A défaut, la loi demande une attention permanente, à partir d'un observatoire national capable de relever et analyser les cas de jurisprudence, mais aussi toutes les atteintes quotidiennes à la logique sanitaire de la loi qu'aucun dispositif à ce jour ne permet de rendre visibles.

Cet observatoire national pourrait ainsi se saisir de ces situations particulières de réduction des libertés, tout comme est souhaitable un observatoire national des pratiques de contention et isolement : la volonté générale de réduire l'atteinte aux libertés des personnes souffrant de troubles psychiatriques doit s'accompagner d'une action parlementaire pour que les conditions en soient réunies, et qui relève au minimum d'un plan d'action puisque malheureusement les gouvernements n'ont pas saisi la demande des professionnels de la psychiatrie d'obtenir une loi cadre pour la psychiatrie et la santé mentale et capable de traiter tous ces aspects, dans une dimension transversale.

Il faut rappeler qu'une circulaire avait en 2009 très rapidement décidé d'un PLAN

de financement de 30 millions d'euros pour les établissements (*circulaire du 22 janvier 2009 relative au financement par le FMESPP du plan d'amélioration de la sécurité dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie*) : le thème en était la réalisation de chambres d'isolement mais dans un objectif sécuritaire.

La circulaire DGOS qui doit guider l'application de l'article 72 de la loi de santé incite à l'aménagement des locaux pour éviter la contention et l'isolement systématiques des personnes détenues en service de psychiatrie (situations courantes puisque les UHSA ne peuvent répondre aux besoins et alors que le nombre de personnes sous écrou a augmenté (+3% entre décembre 2015 et décembre 2016 selon les statistiques mensuelles de la direction de l'administration pénitentiaire)), aux améliorations architecturales, et exige des lieux dédiés à l'isolement.

Il faut être conscient que d'autres facteurs ont une incidence sur le recours à l'isolement ou la contention qui relèvent des MOYENS affectés à la politique d'un établissement : formation des personnels, séances d'analyses des pratiques professionnelles, affectation des personnels soignants en nombre suffisant, conception des locaux et conditions hôtelières modernisées et plus dignes pour éviter le confinement des personnes, possibilités d'activités pour réduire le désœuvrement des patients, etc.

Si l'ambition nationale est bien de réduire les pratiques d'isolement et de contention, comme l'énonce la loi avec l'article L. 3225-1 du CSP, les principes et textes de régulation ne peuvent suffire : un plan national d'accompagnement doit rendre effective cette politique.

RAPPORT VERAN : HORS SUJET POUR LA PSYCHIATRIE

Communiqué 11 avril 2017

A l'heure où les établissements souffrent d'une réduction des Dotations Annuelles de Fonctionnement et où les choix budgétaires pèsent lourdement sur les offres de soins, le monde de la psychiatrie aurait pu se satisfaire qu'une attention nouvelle soit portée sur son mode de financement. Mais le rapport Véran, chargé de faire des propositions pour les modes de financement pour les établissements de santé après les critiques faites sur la T2A, est complètement passé à côté de son sujet pour la psychiatrie.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport__evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf

Si de façon minimaliste le rapport conclut pour la santé mentale à l'intérêt de prévoir une modulation des DAF selon des critères géopopulationnels non précisés et sur les soins réalisés, il fait surtout une promotion du rapport Laforcade qui ne sert pas le sujet qu'il aurait dû traiter. De plus, il donne de manière stérile une image déplorable des organisations chargées de s'occuper de santé mentale en mêlant dans un fourre-tout mal renseigné les organisations sanitaires, les structures médico-sociales et des dispositifs qualifiés pour des raisons non démontrées d'« innovants ».

A en croire les quelques 10 pages du rapport qui traitent de la santé mentale, et donc en son sein de la discipline pratiquée par les confrères psychiatres du Dr Véran, les professionnels seraient encore une fois responsables de leur difficultés puisque incompetents en matière d'évaluation, responsables de dissensions sur les bonnes pratiques et mauvais pour collaborer « entre eux », tandis qu'une main invisible semble empêcher la diffusion des expériences innovantes.

Plutôt que de circonscrire son sujet, qui aurait dû être le mode de financement des soins en psychiatrie et le financement des structures dédiées au handicap psychique, le rapport est un assemblage d'approximations et de suggestions inquiétantes : en effet, préconiser ainsi le décloisonnement du financement hospitalier (dont on suppose qu'il doit être psychiatrique dans l'esprit des rédacteurs) vers le médico-social, semble inspiré par une curieuse conception des soins psychiatriques où les attentes toujours plus complexes vis-à-vis de la psychiatrie dans une société tourmentée seraient réduites à de la simple gestion de handicap mental. Et en intensifiant les principes de fongibilité asymétrique initiée par la loi HPST élaborée par un précédent gouvernement, ce rapport pousse au rationnement de la psychiatrie publique.

Il est inquiétant d'y voir proposé un « *transfert des malades en psychiatrie vers les MAS* », preuve de l'ignorance des problématiques en psychiatrie et que les durées moyennes de séjour

en psychiatrie, que le rapport confond avec les files actives, sont multifactorielles : parmi les facteurs d'influence, l'augmentation globale des mesures de soins sans consentement, variable cependant entre les régions, est bien notifiée dans le récent rapport d'information des députés Robiliard et Jacquat. Il serait utile d'enseigner aux chargés de mission ministérielle que ce sont les critères d'autonomie qui différencient les orientations en MAS ou en FAM et il est surprenant d'y mêler leurs modes différents de financement. Quant au transfert de tâches dont on ne voit guère le lien avec les problèmes de financement, les équipes de secteur habituées au mode de travail pluriprofessionnel, n'auront pour la majorité pas attendu un rapport, Véran ou Laforcade, pour le faire.

Le terme de « spécificités » a beau apparaître plusieurs fois pour caractériser la santé mentale dans ces quelques pages, celle que le rapport semble avoir retenue est surtout celle d'une trop grande complexité pour se pencher correctement sur les modèles de financement. Les travaux portant sur la VAP interrompus il y a plusieurs années n'y sont même pas rappelés.

Les enjeux pour les DAF en psychiatrie méritent pourtant d'être nommés :

1. Le rapport se contente d'observer que les financements entre régions sont inégaux mais les ARS procèdent à des répartitions entre établissements sur des critères inconnus et, en amont, des péréquations inter régionales s'effectuent de manière insaisissable et variable d'une année à l'autre.
 2. Les évolutions de l'ONDAM pour la psychiatrie s'aggravent au cours de ces dernières années : c'est la catastrophe annoncée et l'impossibilité d'assurer l'égalité des soins généraux réclamée par tous les rapports. Des missions plus spécifiques, sur des dispositifs innovants ou non, ont donc encore moins de chances d'être réalisés correctement.
- Les conditions de déséquilibre entre ONDAM (MCO, psychiatrie sous DAF, psychiatrie sur objectifs quantifiés) sont donc installées :

l'application de la fongibilité asymétrique et les réserves prudentielles ne font que répartir la pénurie que les établissements ne pourront pas assimiler indéfiniment.

Quant à la suggestion du rapport de moduler les DAF, les pistes de réflexion auraient pu résider dans :

- La différenciation entre poids de l'hospitalisation à temps plein et soins ambulatoires dans leurs différentes formes et indications médicales, notamment dans une meilleure discrimination entre les compartiments de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile.
- L'intégration dans les DAF des taux de recours aux dispositifs spécialisés inter-régionaux tels que UMD, UHSA, centres ressources ou experts pour en faire évoluer le financement.

Les critères géopopulationnels peuvent d'ores et déjà dessiner un modèle intégrant la taille de la population, ses caractéristiques socio-démographiques tels que les indices de précarisation, la taille du territoire, la part du secteur libéral dans l'offre de soins.

Par contre, l'idée de moduler la DAF selon l'activité se heurte au fait qu'aucun modèle pertinent n'a été validé et qu'un financement à l'activité contient les risques de course à l'activité, déjà signalés pour la T2A dans le secteur MCO, et contraires à la diversité des besoins de santé publique en psychiatrie. Il faut également avoir à l'esprit que la tarification à l'activité favorise les établissements déjà suffisamment bien dotés en moyens pour faire de l'activité, et ignore les critères d'efficacité toujours indéterminés pour la psychiatrie.

Si le rapport Véran a préféré se référer au rapport Laforcade pour finalement ne pas traiter la question des financements en psychiatrie, il ne reste plus qu'à souhaiter que le prochain gouvernement et, pas seulement les nouvelles instances nationales que sont le CNSM et le comité de pilotage de psychiatrie, se saisisse sérieusement du sujet.

QUELQUES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

DÉCRET N° 2016-1445 DU 26 OCTOBRE 2016 RELATIF AUX COMMUNAUTÉS PSYCHIATRIQUES DE TERRITOIRE

Publics concernés : établissement de santé autorisé en psychiatrie, professionnel de santé, établissement et service social et médico-social, représentant des patients et des familles, agence régionale de santé.

Objet :

Communautés psychiatriques de territoire.

Entrée en vigueur :

Le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice :

Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire. Peuvent être associés à cette communauté les autres signataires du contrat territorial de santé mentale.

Références :

Le décret est pris pour l'application de l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique créées par le décret peuvent être consultées sur Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

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

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3221-2, L. 6132-1 et R. 6132-3,

Décète :

Article 1

Après le chapitre IV du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, il est ajouté un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V

« Communautés psychiatriques de territoire

« Art. D. 6136-1.-La communauté psychiatrique de territoire 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 réadap-

tation 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 le projet territorial de santé mentale, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre.

« Art. D. 6136-2.-Sont membres de la communauté psychiatrique de territoire 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 communauté psychiatrique de territoire pour la déclinaison des actions du projet territorial de santé mentale auxquelles ils participent.

« La communauté psychiatrique de territoire peut coopérer avec des établissements et structures n'appartenant pas géographiquement au territoire de santé mentale mais identifiés par le projet territorial de santé mentale pour leur rôle de recours, selon les modalités définies par la convention constitutive de la communauté psychiatrique.

« Art. D. 6136-3.-La communauté psychiatrique de territoire est créée à l'initiative des établissements de santé de service public hospitalier.

« La convention constitutive de la communauté psychiatrique de territoire est préparée par les représentants légaux et les présidents des commissions médicales de ces établissements, en concertation avec les instances paramédicales et les représentants des usagers présents au sein des commissions des usagers. Le président de la commission médicale d'établissement se fait

assister par un psychiatre lorsqu'il n'exerce pas lui-même cette spécialité.

« 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 est signée par les représentants légaux des membres de la communauté psychiatrique de territoire après avis des instances compétentes.

« Elle est transmise pour approbation au directeur général de l'agence régionale de santé, qui vérifie notamment sa conformité aux dispositions du chapitre. Le silence gardé pendant un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation. La décision d'approbation, ou l'attestation de son approbation tacite, est publiée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« La convention constitutive de la communauté psychiatrique de territoire est conclue pour une durée de cinq ans, renouvelable selon les mêmes modalités.

« Art. D. 6136-4.-La convention constitutive comprend a minima :

- 1° Les objectifs poursuivis par la communauté psychiatrique de territoire 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 ;
- 2° 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 ;
- 3° L'identification des ressources que ses membres entendent consacrer au projet de la communauté ;
- 4° Les modalités de suivi et d'évaluation de ces objectifs ;
- 5° Les modalités d'inclusion de nouveaux membres ;

6° Les modalités de coopération avec des établissements et structures de recours n'appartenant pas géographiquement au territoire de santé mentale ;

7° Les modalités de gouvernance de la communauté psychiatrique de territoire. Les signataires de la convention constitutive peuvent mettre en place des instances. Les modalités de gouvernance et les instances de représentation sont adaptées à l'objet de la communauté, au nombre et à la diversité de ses actions et de ses membres ;

8° Les modalités de participation des représentants des usagers de la psychiatrie et de la santé mentale et de leurs familles.

« Art. D. 6136-5.-La communauté élabore son règlement intérieur qui précise notamment ses modalités de fonctionnement.

« Art. D. 6136-6.-Sous réserve de l'accord de ses membres, le représentant de la communauté psychiatrique de territoire 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 un arrêté du ministre chargé de la santé.

« Art. D. 6136-7.-La communauté psychiatrique de territoire transmet un rapport annuel d'activité et d'orientation au directeur général de l'agence régionale de santé. La communauté psychiatrique de territoire peut représenter ses membres auprès de l'agence

régionale de santé sur des sujets concernant le périmètre de sa mission.

« Art. D. 6136-8.-Lorsque l'un des membres de la communauté psychiatrique de territoire est partie à un groupement hospitalier de territoire, la communauté psychiatrique de territoire 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 communauté psychiatrique de territoire et le groupement hospitalier de territoire définissent les modalités de leur coopération destinée à prendre en compte les orientations du projet territorial de santé mentale. ».

Article 2

Dans l'attente de la signature du contrat territorial de santé mentale, une communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice peut être créée à l'initiative des établissements de santé de service public hospitalier autorisés en psychiatrie.

A cette fin, la convention constitutive de la communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice est préparée, signée et publiée dans les conditions prévues à l'article D. 6136-3 du code de la santé publique. Les établissements de service public hospitalier peuvent associer à la préparation de la convention constitutive les autres acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale ayant

vocation à être signataires du contrat territorial de santé mentale, les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale.

La communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé mentale, à l'élaboration du projet territorial de santé mentale et à sa déclinaison au sein d'un contrat territorial de santé mentale.

Lorsque l'un de ses membres est partie à un groupement hospitalier de territoire, elle est associée au groupement pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du volet psychiatrie et santé mentale du projet médical partagé. La communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice et le groupement hospitalier de territoire définissent les modalités de leur coopération.

La communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice devient définitive à la signature du contrat territorial de santé mentale.

Article 3

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 26 octobre 2016.

Par le Premier ministre, Manuel Valls

La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine

ARRÊTÉ DU 20 DÉCEMBRE 2016 MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2000 RELATIF À L'INDEMNITÉ D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC EXCLUSIF

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de la fonction publique, Vu le code de la santé publique, notamment son article D. 6152-23-1 ;

Vu l'arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public, Arrêtent :

Article 1

A l'article 1^{er} de l'arrêté du 8 juin 2000 susvisé, le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° 490,41 € bruts pour les praticiens qui ne remplissent pas les conditions du 2° ; 2° 700 € bruts pour les praticiens qui produisent les justificatifs du bénéfice au cours de leur carrière, de manière continue ou non, d'un minimum de quinze années

de l'indemnité d'engagement de service public prévue aux articles D. 6152-23-1, D. 6152-220-1, D. 6152-514-1 et D. 6152-612-1 du code de la santé publique, aux articles 26-6, 30 et 38 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires. Ne sont pas prises en compte dans le calcul de la condition minimale des quinze années du bénéfice de cette indemnité les périodes d'un contrat dénoncé par le praticien. Ce montant est accordé au praticien qui justifie de quinze années de bénéfice de l'indemnité, soit à la signature d'un nouveau contrat d'engagement de service public exclusif de trois ans, soit par voie d'avenant à un contrat de service public exclusif en cours. L'avenant au contrat

est passé dans les mêmes formes que le contrat initial pour la durée du contrat restant à couvrir. ».

Article 2

L'annexe intitulée « Contrat d'engagement de service public exclusif » est remplacée par l'annexe au présent arrêté.

Article 3

Les dispositions du présent arrêté sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 4

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe

Contrat d'engagement de service public exclusif

Entre :

L'établissement (nom de l'établissement public de santé) représenté par son directeur
et

M. (nom, prénom du praticien),
demeurant à (adresse du praticien),

Nommé praticien hospitalier à titre permanent ou intégré dans le corps des praticiens hospitaliers par arrêté ministériel en date du ,
il est convenu ce qui suit :

M. s'engage à exercer l'intégralité de ses fonctions hospitalières dans son établissement d'affectation et dans les établissements ou organismes ayant passé convention avec celui-ci.

M. s'engage à ne pas exercer d'activité libérale telle que prévue à l'article L. 6154-1 du code de la santé publique pour une durée de trois ans à compter du premier jour du mois suivant la signature du présent contrat.

En contrepartie de cet engagement, M. percevra, conformément aux dispositions du 6° de l'article D. 6152-23-1 du code de la santé publique et dans les conditions prévues à l'article 1er de l'arrêté du 8 juin 2000 modifié relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif, une indemnité mensuelle d'engagement de service public exclusif d'un montant :

► correspondant au 1° de l'article 1er dudit arrêté.

► correspondant au 2° de l'article 1er dudit arrêté.

En cas de dénonciation du présent contrat avant son terme par le praticien pour exercer une activité libérale, il est procédé au recouvrement du montant de l'indemnité déjà versé au titre du présent contrat.

Le présent contrat prend fin de plein droit si M. cesse d'exercer ses fonctions hospitalières.

En cas d'exercice des fonctions à temps réduit, le montant de l'indemnité sera calculé proportionnellement au temps effectivement travaillé.

Le présent contrat est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et peut être renouvelé.

Fait le 20 décembre 2016.

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,

A.-M. Armanteras-de Saxcé

Le ministre de l'économie et des finances,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur du budget :

Le sous-directeur, A. Koutchouk

La ministre de la fonction publique,

Pour la ministre et par délégation :

Le sous-directeur des rémunérations, de la protection sociale et des conditions de travail, L. Crusson

DÉCRET N° 2017-161 DU 9 FÉVRIER 2017 RELATIF AUX DROITS À CONGÉS ET AUX CONDITIONS D'EXERCICE DE CERTAINS PERSONNELS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Dans le cadre du plan d'attractivité pour l'hôpital public, l'engagement n°2 : « **Homogénéiser les droits – sociaux et d'exercice – en début de carrière** » a prévu d'harmoniser les droits des praticiens contractuels, des assistants des hôpitaux, des chefs de cliniques des universités-assistants des hôpitaux et des assistants hospitaliers universitaires (CCA-AHU) sur ceux accordés aux praticiens hospitaliers titulaires.

Le décret concernant les personnels médicaux non titulaires hospitaliers a été publié au JO le 11 février pour entrer en vigueur le 1^{er} avril.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D5FC39E96BFFD427E9E6C2B2933480EC.tpdila18v_1?cidTexte=JORFTEXT000034024455&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000034024178

Il doit corriger le fait que les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux bien que participant à l'activité médicale ou médico-technique au même titre que les PH titulaires, ne bénéficient pas des mêmes droits sociaux.

Sont ainsi concernés l'ensemble des congés liés à l'état de santé (congé maladie, congé longue maladie, congé longue durée, congé pour accident ou maladie imputable aux fonctions) mais également les conséquences de ces congés (temps partiel thérapeutique notamment). Les droits en matière d'accidents du travail et des maladies professionnelles sont

revalorisés pour les jeunes personnels médicaux. Le décret étend la possibilité d'exercer une activité partagée aux praticiens hospitaliers en période probatoire, afin de ne pas pénaliser les jeunes parents en début de carrière.

L'occasion a été saisie pour :

► **Revaloriser les congés liés à la parentalité** (congé maternité, paternité et d'accueil de l'enfant, adoption) **de l'ensemble des personnels médicaux**, en les alignant sur ceux des fonctionnaires, et tenir compte de la possibilité d'avoir des couples dont les deux membres sont du même sexe ;

► Actualiser certaines dispositions applicables à l'ensemble des personnels médicaux de plein exercice (délai d'envoi des arrêts de travail, reclassement des agents inaptes, subrogation).

Enfin, la Fonction publique et le Conseil d'État ont estimé nécessaire de clarifier le partage de responsabilités entre les organismes de sécurité sociale et les employeurs publics hospitaliers.

MISSION D'INFORMATION SUR LA PSYCHIATRIE DES MINEURS EN FRANCE

Société de l'Information Psychiatrique
Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

Mars 2017

La pédopsychiatrie est décrite actuellement comme plus en difficultés que ne le seraient d'autres spécialités et fait l'objet d'attention des politiques. En tant que professionnels défendant la discipline tant sur le plan institutionnel que scientifique, le SPH et la SIP souhaitent vous faire part des résultats des travaux que nous menons depuis des années dans diverses instances.

1. Parcours de soin de l'enfant en fonction des troubles : Place des acteurs

- ◆ Les réponses doivent être hiérarchisées pour permettre à chaque enfant et adolescent de bénéficier de l'appui dont il a besoin :
 - Soutenir des actions de prévention sur des populations cibles ou des individus ;
 - Offrir des soins simples pour des situations symptomatiques isolées ;
 - Donner une place au parcours diagnostique conjoint à des soins pointus ;
 - Permettre une coordination des interventions et de soutenir des professionnels de première ligne.

La pédopsychiatrie s'est structurée de longue date en réseau sur le territoire. Elle doit avoir, dans le dispositif gradué que nous proposons, une fonction d'organisation et de coordination afin de :

- ◆ Filtrer l'accès à la pédopsychiatrie par une orientation à partir de professionnels de proximité (pas seulement médicaux).
- ◆ Situer la pédopsychiatrie en position de coordination, d'interventions complexes et de référence, sur des moments ou des processus évolutifs essentiels au développement du jeune, pour des axes thérapeutiques spécifiques et intenses.
- ◆ Réserver les centres de référence à des évaluations de recours dans lesquels les pédopsychiatres sont entourés de spécialistes experts dans leur domaine de compétence.
- ◆ Développer la prévention et les réponses à des symptômes isolés, à partir des professionnels de proximité, des MDA (Maison des Adolescents).
- ◆ Donner la possibilité de remboursement d'un nombre fixe et non renouvelable de séances assurées par des psychomotriciens, des psychologues, des orthophonistes, dans ces dernières situations, sous l'égide de la MDA par exemple.
- ◆ Soutenir la position des CMPP (Centre médico-psycho-pédagogiques) dans des interventions spécifiques, en particulier sur les axes instrumentaux, de souffrance psychique en définissant les complémentarités éventuelles avec les structures sanitaires voisines ; celle des CAMSP autour des pathologies aux co-morbidités somatiques.

a. Description de la situation actuelle

Tout un chacun aujourd'hui peut consulter dans les Centre Médico-Psychologiques. Que ceci perdure ou non, la question de prises en charge légères mais nécessaires (psychothérapies, psychomotricité, orthophonie) pour que certains troubles de l'enfant ne s'aggravent pas, se pose. Les pédopsychiatres

sont souvent amenés à voir en première consultation des enfants qui présentent une souffrance modérée, réactionnelle (à une séparation parentale par exemple, à un deuil...), ou des difficultés de développement sans gravité majeure, ne nécessitant pas une prise en charge pluri-professionnelle mais

un accompagnement modeste et/ou limité dans le temps, afin que les troubles ne se fixent pas. Où adresser alors l'enfant ou l'adolescent qui ne relève pas forcément du plateau technique de la pédopsychiatrie ?

Les CAMSP et CMPP sont très différents les uns des autres, et leurs missions ne sont souvent pas clairement définies. Plutôt que de laisser chacun définir la population qu'il souhaite prendre en charge (ou qui lui permettra de bénéficier d'une dotation supplémentaire), **il serait judicieux de réfléchir de manière globale, en termes de besoins de la population, de répartition dans les réponses, de parcours de soins.**

Les CAMSP et CMPP se sont vus attribués par le 3^{ème} plan autisme les missions de dépistage et de diagnostic précoce alors qu'ils ne disposent pas, pour beaucoup, de formation ni d'un plateau technique adapté, contrairement aux secteurs de pédopsychiatrie.

Les psychothérapies en libéral réalisées par des psychologues ne peuvent être accessibles aux populations les plus précaires, tout comme la psychomotricité. L'accès à l'orthophonie de façon complémentaire à un suivi en CMP de secteur public est aujourd'hui possible

sur prescription et remboursé sauf dans les régions où les Caisses Régionales d'Assurance Maladie interprètent faussement et par esprit d'économie à courte vue le système de la DAF en le considérant comme un prix per capita (comme pour les CMPP et les CAMSP, dans le médico-social).

Il est urgent de **clarifier cette prise en charge financière et de revaloriser le statut des orthophonistes à la hauteur de leurs études** (Bac + 5 payés aujourd'hui comme un niveau Bac + 3).

b. Organisation filtrée du dispositif

1- Prévention – repérage – réponse courte de proximité (niveau 1)

Ainsi, si on veut réellement permettre aux pédopsychiatres du service public de désengorger leurs demandes en attente pour se centrer sur les troubles aux risques les plus graves, nécessitant leurs compétences et la collaboration d'une équipe pluriprofessionnelle, il est nécessaire de réfléchir l'organisation de prévention primaire, de repérage, de réponse de première ligne.

Dans le cadre de la prévention après repérage de troubles sans gravité majeure (niveau 1), il serait cohérent que la sécurité sociale rembourse un forfait de quelques séances prescrites par les médecins généralistes pour une psychothérapie ou une rééducation en psychomotricité.

Les MDA (Maison Des Adolescents) se situent dans cette mission. Elles sont accessibles, neutres, offrent des réponses diversifiées, orientent si nécessaire, font de la prévention et sont multiprofessionnelles.

2- Parcours diagnostique – évaluation – prévention secondaire et tertiaire – élaboration d'un projet de soin – coordination – orientation (niveau 2)

La pédopsychiatrie a pour fonction d'analyser globalement la situation qui s'exprime par une plainte (du jeune ou de son entourage) retentissant sur différents aspects de sa vie présente ou pesant sur son futur.

Le pédopsychiatre est garant de la priorisation des premières consultations. A l'issue d'un parcours diagnostique dont le contenu est défini sous sa responsabilité, le jeune bénéficie soit d'un projet thérapeutique in situ, exclusif ou complémentaire, soit d'une ré-orientation rapide au plus près de son domicile vers des professionnels formés et compétents.

Dès lors que ces prises en charge sont prescrites par un pédopsychiatre (donc après une évaluation globale de la situation de l'enfant, en libéral ou dans les secteurs), nous sommes dans le cas du **niveau 2 et le remboursement devrait être possible** et non limité à un forfait de quelques séances pour des séances de psychomotricité au même titre que l'orthophonie. Il devrait en être de même pour les psychologues.

Le remboursement des psychothérapies exercées par les psychologues libéraux nécessite de **clarifier le statut du**

psychologue, et également de se pencher sur leur formation.

Il pourrait également être judicieux que les psychologues se destinant à la pédopsychiatrie aient une formation spécialisée autour de l'enfant. L'accès à davantage de clinique dans leur cursus permettrait une meilleure expérience du terrain, une homogénéisation des compétences. La formation des psychologues cliniciens en France n'a pas la solidité clinique de celle d'autres pays européens ou nord-américains.

3- Réponses spécifiques intersectorielles – pour des pathologies complexes – pour des situations en urgence – de recours – de référence (niveau 3)

La pédopsychiatrie a mutualisé de nombreuses réponses, interventions soit entre plusieurs secteurs d'une même zone géographique, soit au niveau départemental, enfin au niveau régional.

Des urgences territorialisées à base hospitalière sont nécessaires et souvent absentes en

tant que telles. Elles impliquent pour certaines populations des lits d'aval (cf. section adolescents) et des équipes de liaison mobiles spécifiques pédopsychiatriques. Ceci pourrait inclure ou être une base pour une réponse aux urgences psycho-traumatiques enfants réparties sur tout le territoire national, en lien avec les référents maltraitances et CUMP.

Cette hiérarchisation est le fait de situations plus rares ou plus intenses ou plus complexes. Ce sont les urgences, les hospitalisations à temps plein, les accueils pour risques suicidaires, pour Troubles du Comportement Alimentaire, les unités d'hospitalisation mère-bébé (plutôt régionales).

Toutes ces unités doivent rester reliées au maillage sectoriel. Les centres de référence doivent garder leur fonction de recours pour les situations

complexes. Quand ils existent en pédiatrie ils doivent inclure des pédopsychiatres de secteurs afin que l'approche psychopathologique complète l'analyse instrumentale et

que les diagnostics différentiels puissent être faits avec relais adaptés.

2. Articulations nécessaires, mieux organiser les différents acteurs concernés

- ◆ Les partenaires doivent définir avec l'aide des pédopsychiatres leurs besoins afin qu'ils soient ciblés et en adéquation avec les capacités de ces services. Les études de parcours de soins peuvent contribuer à définir l'organisation des partenariats nécessaires.
- ◆ Localement, les partenaires peuvent solliciter la pédopsychiatrie pour des actions indirectes, des demandes d'analyse de situations, des évaluations ou des actions thérapeutiques complémentaires, des formations, en tenant compte des moyens disponibles.

La pédopsychiatrie est comme nous l'avons vu au carrefour de différents champs :

- ▶ Les acteurs du repérage (médecins traitants, gynéco-obstétriciens, néonatalogistes, pédiatres, PMI, crèches, assistantes maternelles, éducation nationale...).
- ▶ Les acteurs du monde éducatif et judiciaire.
- ▶ Les acteurs du médico-social.
- ▶ La psychiatrie des adultes.

Les articulations doivent être fonctionnelles, dans le respect de la fonction de chacun. Les acteurs de pédopsychiatrie forment les professionnels au repérage (cf. les documents élaborés par la FFP (en collaboration avec la DGS)). Ils participent activement aux rencontres nécessitées par la loi du 11 février 2005.

Aujourd'hui la pédopsychiatrie est très sollicitée par les partenaires, alors qu'elle n'a pas les moyens de répondre à toutes les demandes. Ces demandes se fondent souvent dans l'urgence sur des critères comportementaux, de dangerosité ou de symptômes déroutants et souvent répétitifs, déterminés alors comme « psychiatriques » par les partenaires. Dans

l'imaginaire de beaucoup la pédopsychiatrie (comme la psychiatrie) viendrait calmer ou faire revenir dans la normalité comportementale des jeunes devenus inaccessibles.

S'il est nécessaire que nous soutenions ces équipes, il faut penser des articulations moins coûteuses et plus fonctionnelles. Ainsi il conviendrait de développer des réunions de synthèses plus accessibles qui peuvent permettre d'éviter une hospitalisation d'un adolescent placé à l'ASE, ou encore d'offrir des périodes d'évaluation limitées, de déterminer un parcours coordonné ne coupant pas le jeune de son milieu d'origine (hospitalisations séquentielles, accueil médico-social et éducatif, diversement associés...).

Les services et unités d'accueil de l'ASE, les PMI, pourraient être en lien privilégié avec la pédopsychiatrie sur le modèle de la pédopsychiatrie de liaison, afin d'accorder rapidement des soins aux enfants les plus précaires et fragilisés.

Il est nécessaire de définir ensemble ce qui relève de chacun, à quel moment et sous quelle forme, mieux définir les besoins réels de chaque acteur vis-à-vis de la pédopsychiatrie publique. Il pourrait être mis en place une **étude d'analyse des besoins à l'égard de la pédopsychiatrie.**

3. La formation et la reconnaissance des pédopsychiatres et de leurs équipes

- ◆ Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites. Si nécessaire, pour y parvenir, faire un DES de pédopsychiatrie et augmenter le nombre d'universitaires. Rehausser les capacités de formation des pédopsychiatres à travers le fond de DPC. Soutenir les spécifications sur une base générale obligatoire, dont la dimension expertale.
- ◆ Ouvrir une spécialisation pédopsychiatrique aux infirmiers. Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils. Organiser des unités spécifiques à partir des secteurs de pédopsychiatrie, en lien avec la psychiatrie des adultes pour certaines tranches d'âges.
- ◆ Améliorer les capacités cliniques et le champ d'évaluation de la protection de l'enfance, y détacher des infirmières puéricultrices pour les tout-petits.

La pédopsychiatrie est une **discipline complexe et spécifique, c'est pourquoi elle demande du temps et des moyens de formation.**

a- Ses professionnels ont une formation solide sur le plan médical. Nous sommes formés comme tout médecin, lors du tronc commun des études médicales (6 ans), à la dimension du corps, au somatique, à la souffrance physique, à la maladie, tant celle qui touche les adultes que les enfants. Notre cursus au cours des études médicales (externat en médecine (hospitalisations dans divers services, gardes aux urgences), internat en pédiatrie ou autre service somatique, en psychiatrie adulte, pédopsychiatrie...) nous a confrontés à **toutes les circonstances socio-économiques et culturelles** que les individus peuvent rencontrer.

b- Les pédopsychiatres sont formés également, pendant leur internat de 4 ans, à la psychiatrie des adultes, ce qui nous apporte des connaissances sur les pathologies des parents que nous rencontrons (les addictions, les troubles de la personnalité, les traitements...) et des évolutions possibles de la souffrance et des troubles.

Cette formation nous permet ainsi des liens plus aisés avec nos collègues psychiatres d'adultes ainsi qu'avec tous les autres médecins, même si ces liens sont à parfaire, à mieux organiser.

c- La spécialisation en pédopsychiatrie nous forme spécifiquement au développement du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, aux diverses problématiques relationnelles, culturelles, aux diverses souffrances que peut rencontrer l'être humain en devenir, aux interactions complexes entre soma et environnement...

d- Nous travaillons en équipe pluriprofessionnelle, dans des enrichissements réciproques. Nous sommes donc les spécialistes du développement de l'enfant, dans sa globalité, des entraves possibles, quelles que soient leurs origines (neurologique, épigénétique, sensorielle, environnementale, économique...), de sa protection, dans le croisement des regards entre somatique et relationnel.

Notre formation nous fait rencontrer, en plus du monde de la médecine, de l'obstétrique et de la pédiatrie avec qui nous échangeons, **le monde de l'Éducation Nationale, de la Protection Maternelle et Infantile, de l'éducatif, du judiciaire, du médico-social...**

e- Sur cette formation généraliste du développement de l'enfant et de l'adolescent, de la grossesse au passage à l'âge adulte, à l'accès à la parentalité, nous sommes amenés à nous **spécialiser dans des champs plus pointus** suivant les âges ou suivant les pathologies : notamment les bébés, l'adolescent, le diagnostic précoce de l'autisme...

Cette base large de formation et d'exercice, avec des sur-spécialisations, montre le champ d'exercice vaste de la pédopsychiatrie. C'est pourquoi, le pédopsychiatre, clinicien, ayant reçu une formation longue, est amené à élaborer une compréhension des troubles avec l'appui d'une équipe, poser des orientations diagnostiques diversifiées, hiérarchiser et sélectionner des actions de soins, coordonner les pratiques, superviser les professionnels. Il est un chef d'orchestre en lien avec la pratique.

Nous appelons à ce que ces connaissances pointues, globales puis plus spécifiques, à la croisée de divers champs, soient reconnues et valorisées.

Les organisations professionnelles concernées et en particulier celle que nous représentons sont attachées à la solidité de l'enseignement décerné initialement et en continu, son appartenance à la discipline psychiatrique comme champ du psychisme et du processus développemental et si nécessaire, pour en garantir la qualité, la constitution en spécialité propre.

f- Ce respect de la discipline pour ce qu'elle est, en permettant sa reconnaissance, ainsi que sa revalorisation financière spécifique (les consultations pédopsychiatriques, de par le temps nécessaire pour échanger avec les parents et les divers partenaires autour de l'enfant, nécessitent plus de temps que les consultations pour les adultes), peuvent contribuer à la rendre plus attractive.

g- Si le nombre de pédopsychiatres peut apparaître comme important en France, il diminue fortement actuellement, et dans plusieurs universités de médecine aucun professeur de pédopsychiatrie n'est nommé. La charge de chaque universitaire est disproportionnée et ne permet pas une sensibilisation ni une formation à la hauteur des besoins qui ont été mis en évidence dans les rapports OMS et dans le rapport « Moro-Brisson ».

Il faut donc s'assurer que chaque université nomme au moins un professeur en pédopsychiatrie, sans laisser cela au bon vouloir des doyens.

h- L'exigence de la présence d'universitaires dans toutes les facultés d'une part, une **spécialisation sérieuse et reconnue** à la pédopsychiatrie d'autre part (une réflexion est en cours sur le fait que la pédopsychiatrie soit enseignée dans un DES à part de la psychiatrie adulte, ou éventuellement comme un co-DES, et non pas seulement comme option ; il est également important que la formation en France soit sur la même lignée d'exigences qu'ailleurs en Europe (3 ans de formation spécifique minimum pour une spécialité)), et enfin une **formation continue de qualité** pour que chacun puisse avoir accès aux données actuelles de la science tout au long de sa carrière, et d'acquérir des connaissances pointues dans son domaine clinique, sont donc à défendre.

i- Sur ce dernier point, la formation continue des médecins du service public est globalement pauvre et a été réduite du fait de l'application de la dernière réforme du DPC ayant réduit les exigences annuelles. Les budgets de formation portés dorénavant par l'ANFH, jusqu'alors reconductibles d'année en année, ne le sont plus.

j- Formation des professionnels de la pédopsychiatrie : la formation des infirmiers doit également être revue. Les soins étaient de meilleure qualité lorsque les infirmiers avaient une formation spécifique. Il serait intéressant également que, comme au Canada, des infirmiers puissent évoluer dans leur carrière, pas seulement sur le plan administratif en devenant cadre comme aujourd'hui, mais par une possibilité de cursus de type master leur offrant des spécialisations cliniques.

Il faut donc **remettre une sur-spécialité d'infirmier en psychiatrie** (au même titre que les infirmières puéricultrices qui ont une formation supplémentaire).

Les connaissances pointues dans les unités pour bébés nécessitent également la **présence d'infirmières puéricultrices** (mais aussi partout où il y a la question des petits, notamment à l'Aide Sociale à l'Enfance et en protection de l'enfance).

4. Problème actuel de l'accessibilité : des attentes trop longues dans de nombreux services. Nécessité d'une redéfinition des missions de la pédopsychiatrie publique, de ses contours

- ◆ La définition du contour de la pédopsychiatrie est souhaitable. Elle ne peut être exclusive. Elle ne se décline pas par rapport à une liste de pathologies ou de troubles, ni à leur nature, mais sur des capacités spécifiques de la pédopsychiatrie sur des actions propres à ses compétences constituées par : l'objet de ses connaissances, la dimension pluriprofessionnelle, la connaissance de la territorialité, la capacité d'élaborer des diagnostics suivant plusieurs axes, de spécifier et de hiérarchiser les interventions et de réaliser des soins complexes ou intensifs.

La pédopsychiatrie publique est donc une discipline complexe, spécifique, abordant la globalité de l'enfant. Elle se fait de plus en plus rare et doit donc prioriser les enfants qu'elle accompagne :

1. Les enfants et adolescents qui risquent de développer des troubles graves entravant le développement (notamment les bébés en situation de grande vulnérabilité repérée, les adolescents qui présentent une souffrance psychique importante...) dans sa fonction de repérage, de soins précoces et de prévention secondaire.
2. Les enfants présentant déjà des troubles sévères (Troubles du Spectre Autistique, troubles graves de l'attachement et troubles de la personnalité, troubles graves des apprentissages, THADA...) notamment pour le parcours diagnostique, le début du parcours de soin et lors de périodes de crises, ou sur la durée pour des troubles psychiatriques ne relevant pas du handicap (anorexie mentale, TSA chez des enfants pouvant poursuivre leur scolarité en milieu ordinaire, phobies scolaires, dépressions sévères, entrée dans la schizophrénie...).

Dans ces situations, le diagnostic pédopsychiatrique, réalisé par une équipe pluridisciplinaire, en lien avec la pédiatrie pour les éventuels troubles associés, est indispensable. Les outils diagnostiques sont utiles, nécessaires pour appuyer le diagnostic auprès des parents, mais ne remplacent pas une clinique complexe, subtile, nécessitant de connaître la globalité des troubles du développement, les évolutions possibles des enfants, les interactions entre

somatique et environnement, la psychiatrie des adultes... Ces compétences sont celles du pédopsychiatre de service public.

Il est nécessaire également **de réfléchir à l'accès aux soins pédopsychiatriques des populations désertes de ces spécialistes.**

La problématique liée à la désertification ne lui est pas propre, elle est un sujet d'occupation et d'économie du territoire. Les efforts

pour augmenter l'attractivité même avec des aides financières seront toujours à la marge. Le sujet est donc à aborder différemment, par une amélioration de l'accessibilité, une facilitation aux premières consultations et aux bilans sur les CMP centraux, pour des prises en charge localisées et détachées par les professionnels de santé collaborant aux soins, qu'ils soient publics ou libéraux, la coordination pouvant revenir aux centres.

5. La recherche en pédopsychiatrie n'est pas assez développée, notamment sur le plan épidémiologique

- ◆ Développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en pédopsychiatrie. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens nécessaires.
- ◆ Orienter les recommandations HAS sur des pratiques réalisables et non « idéales », équitables pour l'ensemble des usagers sans exclusive pour un nombre limité ou des troubles médiatisés.

Des moyens sont nécessaires pour mettre en place des recherches à partir des secteurs et permettre la formation des acteurs à la recherche.

Les secteurs de pédopsychiatrie, leur organisation, les priorisations, le choix des bilans et des réponses thérapeutiques, éducatives, sociales, ont besoin d'études qui ne sont pas en premier lieu des études sur la génétique ou la biologie (qui trouvent leurs limites dans d'autres spécialités et qui

restent du côté de recherches nécessaires mais sans retombées prévisibles à moyen terme). Ces études peuvent être réalisées grâce à la participation des professionnels de la pédopsychiatrie compte tenu de la richesse de l'éventail clinique. Un partenariat plus actif avec les universitaires, du temps détaché pour les pédopsychiatres, offriraient des voies d'exploration utiles aux patients. Longtemps les pédopsychiatres français se sont détournés de l'**épidémiologie**, craignant une psychiatrie trop globalisante,

qui négligerait l'individu. Il est temps aujourd'hui de développer également l'épidémiologie, qui permet d'axer des politiques de santé sur des éléments clairs et non discutables (comme le font le Canada ou l'Angleterre) notamment dans le domaine des négligences, mais aussi pour l'autisme. Dans ces pays, les travaux réalisés ne sont pas soumis à une pression trop forte de ceux qui ont des intérêts de tout ordre, l'efficacité est recherchée avant-tout.

6. La pédopsychiatrie des hôpitaux souffre d'une stigmatisation importante, alors que chacun pense pouvoir donner son avis en ce qui concerne le « fait psy » de l'enfance

- ◆ Soutenir officiellement la pédopsychiatrie et ses professionnels dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités. Ne plus la reléguer à un statut d'annexe d'autres spécialités mais au contraire comme une spécialité de synthèse de ces autres spécialités (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie). Son contour large s'assortit de connaissances exigeantes.

Tout un chacun est tenté de se penser compétent dans le domaine de la psychologie de l'enfant, par le simple fait d'avoir été enfant et éventuellement d'en avoir. La pédopsychiatrie est d'emblée remise en question par ce simple fait. **Il est donc important de soutenir que chacun doit rester à sa place et reconnaître le rôle d'expertise de notre discipline.**

Aussi, les missions relevant de la pédopsychiatrie ne sont pas limitées à celles énoncées ou dénoncées par des groupes, des médias, des politiques. **Les missions de la pédopsychiatrie doivent être analysées sérieusement, sur les plans de la santé publique, de l'épidémiologie, de la qualification des besoins, de l'analyse des réponses possibles (dans quel but, sur quelle durée...).**

Toute une population qui nous préoccupe à l'âge de l'adolescence du fait de son comportement visible et bruyant (comme les troubles des conduites, troubles anti-sociaux, jusqu'à, dans certains cas, la radicalisation), relèverait de soins ou d'actions précises au moment de l'enfance (question des négligences qui, selon l'OMS dans son rapport de 2014, touchent une population considérable d'enfants, d'autant plus gravement qu'ils sont petits et en particulier les moins de 2 ans). Ces populations n'ont en effet pas de soutiens organisés pour défendre leurs besoins, communiquer sur la souffrance psychique qu'ils subissent et qui entrave gravement leur développement (plus les parents sont en difficulté moins ils ont conscience des besoins de leurs enfants, moins ils sont en capacité de demander les prises en charge qui leurs sont pourtant dues...).

Le risque étant que tous les moyens soient détournés par quelques pathologies ou dysfonctionnements car portés par des populations aptes à les faire valoir. **S'il faut les entendre, cela ne peut se faire sans passer par une analyse rigoureuse de la réalité en termes de santé publique et d'épidémiologie d'une population bien différenciée cliniquement, en dehors de toute démagogie, ni aux dépens des autres.**

On ne peut pas appeler à une déstigmatisation de la pédopsychiatrie tout en se laissant aller à ces idées toute faites, en décidant que tel ou tel trouble relève uniquement d'un champ et pas d'un autre, en séparant artificiellement ce qui est du psychique et du social,... Comme on ne doit pas se satisfaire de mots pour penser qu'ils sont une garantie (les preuves doivent être réelles et non proclamées comme telles).

7. Points particuliers

1. Périnatalité et jeunes enfants

- ◆ Centrer les actions sur la périnatalité et la tranche d'âge des 0-3 ans, avec la pédopsychiatrie comme acteur de référence car à l'interface de la psychiatrie adulte et de l'enfant, au croisement du corps et du psychisme, du neurologique et du développemental, du biologique et de l'environnement, ancrée sur le territoire en extra-hospitalier, s'appuyant sur les équipes pluriprofessionnelles.
- ◆ Avoir le bébé (fœtus) et le jeune enfant comme centre de préoccupations et des savoirs, en soutenir le développement dans la continuité.
- ◆ L'évaluation des diagnostics précoces des troubles du développement dont les TSA est du ressort des CMP petite enfance afin de garantir une expertise large des troubles et d'effectuer des diagnostics différentiels

La clinique du tout petit est très spécifique, complexe et nécessite que les professionnels y soient formés. L'évaluation d'un bébé nécessite du temps d'observation, notamment lors de visites à domicile. La présence d'infirmières puéricultrices est importante dans ces unités, car elles ont des connaissances fines sur le

corps du tout petit, corps qui est la scène de son état psychique.

Le champ de la périnatalité est particulièrement envahi par des émotions et des convictions. Le risque pour le bébé est que les professionnels soient happés par les dis-

cours des parents, aux histoires souvent très douloureuses, et ne soient pas formés pour voir le bébé en tant que tel. Or, c'est le bébé qui nous dit comment il va, s'il grandit dans un environnement suffisamment adapté à son développement.

Dans le champ de la protection de l'enfance et du risque de négligence (carences), il faut mener une réelle politique de santé publique. Les négligences touchent beaucoup d'enfants et entraînent des atteintes graves de leur développement (déficiences multiples), des pathologies de l'agir, des troubles de l'attachement majeurs. Elles constituent un coût important pour la société (coût sanitaire, social, répercussion de génération en génération...). Le nombre de consultations des sage-femmes en PMI, des TISF dans ces situations est à renforcer. Les addictions et violences conjugales majorent les risques de négligence et doivent donc être prises en compte.

La continuité des professionnels qui interviennent dans ces familles est primordiale, ou au moins une continuité des projets.

Le travail de prévention doit être remis en valeur par le soin à domicile des infirmières puéricultrices de PMI.

Dans les cas de négligence sévère pour les enfants de moins de 3 ans, une évaluation doit être faite en pluridisciplinarité avec la participation des pédopsychiatres et de leurs équipes avec la constitution d'une expertise menée sur un temps suffisamment long (elle ne peut se faire sur une heure dans un bureau de consultation). Les pédopsychiatres peuvent intervenir dès l'ante-natal. L'examen du 4^e mois de grossesse n'est pas toujours honoré, précisément par les familles les plus en difficultés.

Il est dans ce domaine encore plus important d'appuyer sur la nécessité d'un respect des fonctions de chacun. Trop souvent certains

pensent pouvoir juger rapidement de l'état d'un bébé et de la qualité des relations parents-enfants. Il y a par exemple des juges qui demandent parfois la présence du bébé aux audiences pour se faire leur propre avis, y compris dans un sens contraire aux élaborations d'équipes spécialisées ayant rencontrées parents et bébé sur la durée.

Les connaissances des équipes de pédopsychiatrie, notamment spécialisées dans le domaine du tout petit, doivent être entendues non pas comme un avis parmi d'autres, au même titre que les autres, mais réellement comme une expertise apportée à la situation du bébé en question. Il est souhaitable que chaque secteur développe une unité de consultation périnatale, en lien et en continuité avec les maternités et les PMI.

2. Adolescence

- ◆ L'adolescence est un âge intermédiaire dont le partage des références entre 15 et 18 ans tient plus à la nature des troubles qu'à l'état civil.
- ◆ Les équipes mobiles sont pertinentes lorsqu'elles sont rattachées aux secteurs de pédopsychiatrie et qu'elles interviennent sur le parcours de soin, en ante ou post-hospitalisation, sur les lieux de vie ou de socialisation.
- ◆ Créer des équipes mobiles spécifiques pour le lien entre la pédopsychiatrie et le médico-social / les institutions de la protection sociale.
- ◆ L'équipement sectoriel souhaitable associe des consultations dédiées aux adolescents, accessibles dans un délai court et des groupes thérapeutiques d'observation et de soins. Les coordinations entre services de pédopsychiatrie et secteurs adultes doivent être formalisées dans tous les secteurs.
- ◆ Les MDA ont une fonction importante dans la prévention, elles doivent jouer pleinement leur fonction d'orientation en cas de nécessité de soin.
- ◆ Un nombre de lits minimal d'hospitalisation temps plein est nécessaire par territoire. L'hospitalisation ne peut être embolisée faute de réponse sociale.

Le relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte n'est souvent pas simple. Plutôt que de déterminer une répartition par âge, il faudrait différencier les troubles qui relèvent de l'adolescence et de ses remaniements, qui sont donc davantage l'objet de la pédopsychiatrie, des troubles signant l'entrée dans un processus pathologique au long cours, qui appartiennent alors davantage à la psychiatrie des adultes.

Des modalités de travail inter-équipes adultes et pédopsychiatres sur les modèles des pathologies chroniques en pédiatrie (diabète par exemple) doivent s'organiser : une zone intermédiaire qui pourrait relever du champ des enfants et des adultes pourrait être plus adaptée.

Le travail d'équipes mobiles doit être valorisé. Ces équipes peuvent se rendre au domicile, sur les lieux de vie ou de scolarisation des adolescents, en soutien aux partenaires...

Le problème de la radicalisation doit faire l'objet de recherches afin de mieux le comprendre et le prévenir.

Il est important qu'au sein des Maisons des Adolescents il y ait la présence de pédopsychiatres de secteurs (avec exercice partagé) pour apporter le regard nécessaire et ne pas passer à côté de troubles qui débutent et qui relèvent de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie des adultes.

3. Urgence : accueil hospitalier spécifique en urgence territorialisé

- ◆ Ré-ouverture de lits en post-urgence et pour des durées limitées de séjour par territoire en intersectoriel sous la responsabilité des pédopsychiatres de secteur.
- ◆ Spécification de lits pour la tranche intermédiaire en secteur de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

Trop de lits ont été fermés et il y a nécessité de ré-ouvrir des lits dans beaucoup de territoires, tout en continuant à développer d'autres modes de prises en charge en urgence, en séquentiel.

4. Troubles des apprentissages, « dys », THADA, Troubles du Spectre Autistique

- ❖ La majorité des troubles instrumentaux (moteurs, langage), cognitifs légers, d'attention s'inscrivent dans des difficultés plus larges liées à des dysfonctionnements environnementaux associés ou non à des troubles sensoriels. Ils sont adressés essentiellement par l'Education Nationale.
- ❖ Les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus profonds ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la pédopsychiatrie.
Les indications peuvent être faites par les pédopsychiatres pour des interventions en libéral qui pourraient alors être l'objet d'un remboursement.
- ❖ Les plus complexes ou ceux que les pédiatres considèrent comme « purs », survenant chez d'anciens prématurés par exemple, peuvent être évalués dans les centres de référence de 3^{ème} niveau dans lesquels un pédopsychiatre de secteur doit apporter son expertise au sein de l'équipe.
- ❖ L'élaboration des diagnostics précoces de TSA bénéficie de l'expérience multidimensionnelle et longitudinale de la pédopsychiatrie qui peut procéder aux diagnostics différentiels, résoudre certaines situations par des interventions ciblées, enfin orienter vers le médico-social les enfants qui demandent une approche éducative globale.

Les troubles des apprentissages sont à penser dans la globalité du développement de l'enfant. Le cerveau se développe sur le lit de la génétique, des événements somatiques (prématurité, anoxie cérébrale, épilepsie) et des stimulations/empêchements environnementaux (nutrition, relations, carence, interaction relancée avec les soins quand TSA...) dans une complexité de cercles vertueux/vicieux.

Les apprentissages sont donc en lien avec le cerveau (brain), mais aussi avec le relationnel (accepter de prendre les informations transmises par un autre), avec la disponibilité psychique (ne pas être déprimé, ne pas être envahi par les conflits familiaux, une situation précaire...).

Les « dys » (lexies, praxies, phasies) ne peuvent être pensées qu'en termes d'articulation entre les diverses évaluations, en bonne intelligence, qui permet de savoir si

l'enfant progressera avec une rééducation simple, ou s'il sera nécessaire de prendre en considération tout son environnement (relations familiales, contexte, prises en charge des troubles relationnels, adaptation de l'environnement aux troubles de l'enfant, ...).

Dans le domaine des Troubles du Spectre Autistique, il est maintenant urgent d'utiliser les compétences de la pédopsychiatrie pour le diagnostic en s'appuyant sur son équipe pluriprofessionnelle. Les échelles sont nécessaires, inscrites dans la clinique, les observations et l'analyse globale de l'enfant suivant tous les axes concernés afin de réaliser les diagnostics différentiels et associés et de déterminer le projet des interventions et de soin. Aussi, le parcours diagnostique d'un enfant ne peut être dissocié du parcours de soin, qui doit débiter sans délai, avant que les troubles se fixent.

La pédopsychiatrie a donc sa place dans le diagnostic, le début de la prise en charge, lors des périodes de crises, en soutien du médico-social si nécessaire. Or, la pédopsychiatrie publique n'a bénéficié d'aucun moyen supplémentaire lors du 3^{ème} plan autisme, malgré le temps que prennent les parcours diagnostiques et les prises en charge précoces. Au contraire, le discours ambiant, soutenu par beaucoup de politiques, va dans le sens du « tout sauf la pédopsychiatrie », pourtant la seule à même de réaliser le diagnostic positif et différentiel (appuyé sur l'observation pluridisciplinaire et globale de l'enfant), et toujours appelée par les familles et les professionnels en cas de difficultés importantes. Ce hiatus entre la réalité des demandes et le discours relève de positions faciles dont la plupart des enfants et des familles font les frais.

8. Conclusion

Nous avons essayé de vous exposer la situation actuelle de la pédopsychiatrie en France, sa spécificité, ses forces, les difficultés qu'elle rencontre, et les moyens selon nous de faire évoluer la situation des enfants et des adolescents qui sont à risque en termes de troubles développementaux et/ou psychiques graves.

Vous aurez remarqué que nous n'avons pas utilisé la dénomination de « psychiatrie des mineurs ». Si nous comprenons que par ces mots vous avez souhaité ne pas oublier les adolescents et leurs particularités, nécessaires en effet à prendre en compte, le mot « mineur » nous renvoie davantage à la question de la citoyenneté, du pénal, de la responsabilité des jeunes, plutôt qu'aux responsabilités que nous avons nous, de nos places respectives, de prendre soin des êtres en devenir, et de ce fait parfois vulnérables, que sont les enfants et les adolescents de notre pays.

Les préoccupations des politiques démontrent que la pédopsychiatrie n'est pas tout à fait une spécialité comme une autre et qu'elle touche l'avenir de notre jeunesse et donc le potentiel de notre société.

Listes des mesures proposées par le SPH et la SIP pour améliorer le champ de la pédopsychiatrie publique

1. Parcours de soin de l'enfant en fonction des troubles

◆ La pédopsychiatrie a la fonction de chef d'orchestre.

- ◆ Les réponses doivent être hiérarchisées pour permettre à chaque enfant et adolescent de bénéficier de l'appui dont il a besoin :
Soutenir des actions de prévention sur des populations cibles ou des individus.
Offrir des soins simples pour des situations symptomatiques isolées.
Donner une place au parcours diagnostique conjoint à des soins pointus.
Permettre une coordination des interventions et de soutenir des professionnels de première ligne.

La pédopsychiatrie doit avoir, dans le dispositif gradué, une fonction d'organisation et de coordination afin de :

- ◆ Filtrer l'accès à la pédopsychiatrie par une orientation à partir de professionnels de proximité (pas seulement médicaux).
- ◆ Situer la pédopsychiatrie en position de coordination, d'interventions complexes et de référence, sur des moments ou des processus évolutifs essentiels au développement du jeune, pour des axes thérapeutiques spécifiques et intenses.
- ◆ Réserver les centres de référence à des évaluations de recours dans lesquels les pédopsychiatres sont entourés de spécialistes experts dans leur domaine de compétence.
- ◆ Développer la prévention et les réponses à des symptômes isolés, à partir des professionnels de proximité, des MDA (Maison des Adolescents).
- ◆ Donner la possibilité de remboursement d'un nombre fixe et non renouvelable de séances assurées par des psychomotriciens, des psychologues, des orthophonistes dans ces situations sous l'égide de la MDA par exemple.
- ◆ Soutenir la position des CMPP (Centre médico-psycho-pédagogiques) dans des interventions spécifiques, en particulier sur les axes instrumentaux, de souffrance psychique en définissant les complémentarités éventuelles avec les structures sanitaires voisines ; celle des CAMSP autour des pathologies aux co-morbidités somatiques.

2. Articulations nécessaires

- ◆ Définition par les partenaires, avec l'aide des pédopsychiatres, des besoins afin de les cibler en adéquation avec les capacités de ces services.
- ◆ Coordination entre la pédopsychiatrie et les partenaires (éducation nationale, médico-social, protection de l'enfance, institutions petite enfance...) sur le modèle de la pédopsychiatrie de liaison.
- ◆ Solliciter la pédopsychiatrie pour des actions indirectes, des demandes d'analyse de situations, des évaluations ou des actions thérapeutiques complémentaires, des formations, en tenant compte des moyens disponibles.

3. La formation des pédopsychiatres et de leurs équipes

- ◆ Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites.
- ◆ Rehausser les capacités de formation des pédopsychiatres à travers le fond de DPC.
- ◆ Soutenir les spécifications sur une base générale obligatoire, dont la dimension expertale.
- ◆ Ouvrir une spécialisation pédopsychiatrique aux infirmiers. Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils.
- ◆ Reconnaître le niveau de qualification des rééducateurs.
- ◆ Améliorer les capacités cliniques et le champ d'évaluation de la protection de l'enfance, y détacher des infirmières puéricultrices pour les tout-petits.

4. Problème actuel de l'accessibilité

- ◆ La définition du contour de la pédopsychiatrie est souhaitable.

Elle ne se décline pas par rapport à une liste de pathologies ou de troubles, ni à leur nature mais sur des capacités spécifiques de la pédopsychiatrie sur des actions propres à ses compétences constituées par : l'objet de ses connaissances, la dimension pluriprofessionnelle, la connaissance de la territorialité, la capacité d'élaborer des diagnostics suivant plusieurs axes, de spécifier et de hiérarchiser les interventions et de réaliser des soins complexes ou intenses.

5. La recherche en pédopsychiatrie

- ◆ Développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en pédopsychiatrie. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens.
- ◆ Orienter les recommandations HAS sur des pratiques réalisables et non « idéales », équitables pour l'ensemble des usagers sans exclusive pour un nombre limité ou des troubles médiatisés.

6. La pédopsychiatrie des hôpitaux souffre d'une stigmatisation importante

- ◆ Soutenir officiellement la pédopsychiatrie et ses professionnels dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités.
- ◆ Considérer la pédopsychiatrie comme spécialité de synthèse de ces autres spécialités (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie).
- ◆ Envisager la création d'un DES de pédopsychiatrie.

7. Points particuliers

1. Périnatalité et jeunes enfants

- ◆ Centrer les actions sur la périnatalité et la tranche d'âge des 0-3 ans, avec la pédopsychiatrie comme acteur de référence car à l'interface de la psychiatrie adulte et de l'enfant, au croisement du corps et du psychisme, du neurologique et du développemental, du biologique et de l'environnement, ancré sur le territoire en extra-hospitalier, s'appuyant sur les équipes pluriprofessionnelles.
- ◆ L'évaluation des diagnostics précoces des troubles du développement dont les TSA est du ressort des CMP petite enfance afin de garantir une expertise large des troubles et d'effectuer des diagnostics différentiels.

2. Adolescence

- ◆ L'adolescence est un âge intermédiaire dont le partage des références entre 15 et 18 ans tient plus à la nature des troubles qu'à l'état civil.
- ◆ Les équipes mobiles sont pertinentes si rattachées aux secteurs de pédopsychiatrie, intervenant sur le parcours de soin, en ante ou post-hospitalisation.
- ◆ Créer des équipes mobiles spécifiques pour le lien entre la pédopsychiatrie et le médico-social / les institutions de la protection sociale.
- ◆ L'équipement sectoriel souhaitable associe des consultations accessibles dans un délai court et des groupes thérapeutiques d'observation et de soins. Les coordinations entre services de pédopsychiatrie et secteurs adultes doivent être formalisées dans tous les secteurs.
- ◆ Les MDA ont une fonction importante dans la prévention, elles doivent jouer pleinement leur fonction d'orientation en cas de nécessité de soin.
- ◆ Un nombre de lits minimal d'hospitalisation temps plein est nécessaire par territoire.

3. Urgence

- ◆ Ré-ouverture de lits en post-urgence et pour des durées limitées de séjour par territoire en intersectoriel sous la responsabilité des pédopsychiatres de secteur.
- ◆ Spécification de lits pour la tranche intermédiaire en secteur de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

4. Troubles des apprentissages, « dys*», THADA, du spectre autistique

- ◆ Les troubles des apprentissages les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus profonds ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la pédopsychiatrie.
- ◆ Les indications peuvent être prescrites par les pédopsychiatres pour des interventions en libéral qui pourraient alors être l'objet d'un remboursement.
- ◆ Les plus complexes ou ceux que les pédiatres considèrent comme « purs » peuvent être évalués dans les centres de référence de 3^{ème} niveau dans lesquels un pédopsychiatre de secteur doit apporter son expertise au sein de l'équipe.
- ◆ L'élaboration des diagnostics précoces de TSA bénéficie de l'expérience multidimensionnelle et longitudinale de la pédopsychiatrie qui peut procéder aux diagnostics différentiels, résoudre certaines situations par des interventions ciblées, enfin orienter vers le médico-social les enfants qui demandent une approche éducative globale.

*Dyslexie, dyspraxie, dysphasie, dyscalculie...

PROTECTION DE LA SANTÉ VERSUS LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR

Michel DAVID, Vice-président du SPH

« Loin qu'elle soit pour la liberté une insulte, la folie est sa plus fidèle compagne, elle suit son mouvement comme une ombre. Et l'être de l'homme non seulement ne peut être compris sans sa folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme limite de la liberté. ».

Jacques Lacan. Propos sur la causalité psychique.

Protection de la santé et liberté d'aller et venir sont deux droits fondamentaux intégrés dans ce qu'il est convenu de dénommer le bloc de constitutionnalité. Ils sont mis en tension permanente par les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 ainsi que par les recommandations relatives à la contention et à l'isolement, à l'origine de situations complexes, aussi bien pour les patients que pour les soignants.

Pour le profane, la psychiatrie doit paraître bien archaïque pour recourir à ces dernières mesures, qui pour certains ne peuvent être jamais thérapeutiques. Aussi, plus que se demander, même si la question reste pertinente, quel serait l'impact thérapeutique de ces mesures, il conviendrait de rechercher pourquoi la restriction de la liberté, renforcée par des mesures d'isolement ou de contention, est encore appliquée en psychiatrie. Quelles sont donc les situations qui en exigent le recours que l'on ne peut pourtant pas qualifier systématiquement de « dernier » ? Les bonnes âmes ont beau jeu d'en dénoncer l'usage excessif sans pour autant se donner la peine d'en analyser les causes.

Bien entendu, ces restrictions ne peuvent être considérées comme anodines et en modérer l'usage ne peut être souhaitable, comme pour toute pratique médicale invasive. Les soignants ont la lourde responsabilité de s'occuper avec des moyens limités de situations cliniques complexes présentées par des personnes que bien souvent une société emprise de sécurité et pusillanime face aux prises de risque rejette sans grande hésitation. Il y a tout lieu de croire que les recommandations de la Haute Autorité de santé et par la suite celles de l'instruction du ministère de la Santé seront ressenties avec stupéfaction par des équipes soignantes qui vont se sentir accusées, bien que délaissées, d'autant plus qu'elles ont conscience que leurs interventions de dernier recours restent des pratiques et des choix douloureux, aussi bien pour les patients que pour elles-mêmes.

On ne peut donc qu'être perplexe face à nos capacités collectives de suivre les obligations légales ou les recommandations de bonnes pratiques en ce qui concerne les exigences procédurales des lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 et des recommandations de la HAS. D'autant plus que si nous nous sommes habitués et adaptés, bien qu'encore imparfaitement, aux lois sous contraintes, nous devons nous attendre à devoir répondre à l'intégration de la traçabilité de l'isolement et de la contention dans la procédure de contrôle par le JLD. Des situations commencent à faire l'objet de litiges.

Le législateur et les Pouvoirs publics se donnent bonne conscience en édictant des règles, mais sans donner aux professionnels les moyens de les appliquer. Il est d'ailleurs étonnant que l'exécutif n'ait pas soulevé l'article 40¹ de la Constitution lors des débats parlementaires sur l'isolement et la contention. En effet, les dispositions de l'article 72, non prévu dans le projet de loi, mais ayant fait l'objet d'un amendement par un député, imposent des moyens supplémentaires d'où souvent le rejet des amendements par l'exécutif dans le cadre de projets de loi. Les recommandations de la HAS et l'instruction du ministère de la Santé exigent sans contexte des moyens qui manquent par ailleurs, allant jusqu'à des propositions de formations coûteuses et à l'utilité douteuse, comme celle de former les médecins à l'utilisation du matériel de réanimation, alors qu'il est très probable que les psychiatres auront heureusement peu l'occasion de les utiliser. Il s'agit ici d'un exemple des positionnements contradictoires de notre société : d'un côté, des maternités sont fermées si un nombre d'accouchements annuels insuffisants ne permet pas aux praticiens d'exercer suffisamment d'actes pour rester compétents et de l'autre des psychiatres doivent être formés à intuber des patients...

¹ Article 40 de la Constitution : « Les propositions et amendements formulés par les membres du Parlement ne sont pas recevables lorsque leur adoption aurait pour conséquence soit une diminution des ressources publiques, soit la création ou l'aggravation d'une charge publique ».

Une dépêche de presse au cours du premier trimestre 2017 informait qu'un centre hospitalier était condamné suite à la fugue du service des urgences d'un patient présenté comme schizophrène. Il sera retrouvé décédé trois semaines plus tard dans une rivière. Le tribunal a considéré l'hôpital pleinement responsable, s'appuyant notamment sur un rapport d'expertise qui relevait « qu'aucune initiative de traitement ou de conduite médicale de nature psychiatrique; telle que **contention**, traitement chimique ou surveillance intensive n'avait été prescrite ». Évoquer cette situation en introduction ne doit pas être perçu comme la crainte trop souvent fantasmée de la responsabilisation juridique des hôpitaux et des soignants, mais plutôt comme l'expression des injonctions contradictoires de notre société.

*

**

L'analyse des textes juridiques a montré le peu de références explicites dans les sources internes du droit à la liberté d'aller et venir, principe très général, mais qu'il faut appliquer aux situations spécifiques de notre champ professionnel.

La première réforme de la loi de 1838, celle du 27 juin 1990, avait complexifié les modalités administratives pour les hospitalisations sous contrainte, semblant ainsi indiquer qu'en psychiatrie, trop d'internements arbitraires pouvaient encore se perpétuer. A la fin des années 2000, un renforcement des concepts sécuritaires appliqués à la psychiatrie a été opéré, suite à des faits divers graves, avec notamment une circulaire de janvier 2009 incitant à la construction de chambres d'isolement et prévoyant même un ratio de chambres d'isolement rapporté au nombre de lits dans l'hôpital.

La loi de 2011 insiste sur le risque de privation de liberté d'où le contrôle par le magistrat, avec l'assistance, pour le patient, d'un avocat. Le suivi jurisprudentiel de la loi de 2011 montre le focus mis sur la **liberté** considérée, à juste titre comme un droit fondamental garanti par la Constitution, mais un autre droit peut s'y adjoindre, de même valeur constitutionnelle (Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946) : la **protection de la santé**.

À ce jour, ce droit paraît être en retrait par rapport à la liberté d'aller et venir. Il convient d'y porter pourtant attention, car de quelle liberté parle-t-on pour une personne souffrant de graves troubles mentaux, et qui va se retrouver à la porte de l'hôpital sans logement, sans entourage, sans revenus suite à une mainlevée pour une erreur de procédure. Quel est le grief le plus important : la privation de liberté pour motifs thérapeutiques ou la négligence de la protection de la santé et la mise en danger du patient suite à une mainlevée pour erreur de procédure? Et sans aller jusqu'à la mise en danger, il est aisé de multiplier les effets pervers d'une loi qui se veut protéger les droits du patient, mais dont la complexité en produit l'effet inverse. Récemment, un patient s'est vu refuser une autorisation de sortie de 48 h car n'ayant pu joindre le tiers demandeur qui doit être informé de la permission, le directeur a refusé de signer l'autorisation de sortie. Colère du patient, frustration des équipes, et une grande aide dans la qualité des soins, cette fameuse qualité si appréciée des décideurs, mais dont nous n'avons souvent pas la même définition!

La maladie mentale se trouve ainsi écartelée entre deux écueils : le déni ou la présomption de dangerosité exagérée.

Le **déni** est facilité par une dilution euphémisante des troubles mentaux dans la santé mentale sous le prétexte d'une volonté de déstigmatisation de la personne souffrant de troubles mentaux en tentant d'instaurer des montages complexes dans la Cité, susceptibles d'inciter les citoyens à s'intéresser au fait psychique.

La **dangerosité** présumée des malades mentaux mène à leur rétention dans les hôpitaux ou les prisons (peu coûteuses financièrement) où ils sont « accueillis » après avoir été rejetés du reste de la société.

La pratique psychiatrique se trouve confrontée à des situations désespérées, pas forcément de son ressort, mais qu'on lui impose tout en lui reprochant de ne pas avoir de projets rapides, même non structurants, non adaptés, non nécessaires et non proportionnés à leur état, mais permettant un raccourcissement des durées moyennes de séjour, et se voit critiquer d'abuser de méthodes coercitives, comme l'isolement ou la contention, sans que les autorités veuillent bien regarder les conséquences de leurs politiques économiques néolibérales que d'aucuns appellent le « néoaliénisme » qui serait « la forme que prend la psychiatrie hospitalière dans la confusion et la démission qui caractérise notre société postmoderne » (Najman, 2016).

*

**

Les contraintes financières, les restructurations hospitalières, la dilution du Secteur d'abord dans les pôles, puis maintenant dans les GHT pour ne citer que quelques-unes des armes de destruction massive concoctées par les hautes autorités issues d'élections démocratiques, ont conduit à ne plus penser le soin. Le concept de psychothérapie institutionnelle n'est évoqué que par quelques seniors nostalgiques, ce qui n'est d'ailleurs guère étonnant étant donné les deux piliers théoriques (et chroniquement dérangeants) de ce concept : le marxisme et la psychanalyse. Le premier ne fait plus peur, mais le deuxième reste un épouvantail comme le montre l'attaque dont il a fait l'objet, de manière caricaturale, à propos de l'autisme².

² On connaît la phrase de S. Freud lors d'un voyage aux USA : « Ils ne savent pas que je leur apporte la peste ».

Il faudra pourtant redonner des outils à penser pour éviter routine, désengagement, épidémie de la peur, dépressivité collective qui ne peuvent que conduire à user (et parfois abuser), pas forcément en dernier recours à l'isolement et à la contention, même si l'isolement peut ne pas être systématiquement une pratique de dernier recours, ce qu'une analyse simpliste tend à ne pas pouvoir ou vouloir admettre. La nuance, l'accueil joyeux de la complexité et des disputes (prises dans leur acception académique) qu'elles pourraient susciter ne sont plus les bienvenus au temps du règne simpliste des protocoles et de la « functional stupidity », selon le terme bien vu de sociologues (Alvesson M., 2012). Une information et une formation, selon des modalités diversifiées, bien pesées et choisies, sont à imaginer afin que « la question fondamentale d'ouverture/fermeture pour l'avenir de la psychiatrie puisse le rester, à condition que les équipes et l'administration puissent se saisir des enjeux et risques attenants à ces questions » (Bantman, 2010).

La question du risque sous forme notamment des fugues, de l'auto ou de l'hétéroagressivité, avec les peurs exagérées d'une pénalisation des administrations et des soignants restent des obstacles importants à l'ouverture ou la fermeture des portes et au moindre recours à l'isolement et à la contention. Ils trouvent partiellement leur origine dans des traumatismes institutionnels passés toujours présents. Un engagement clair et lisible des médecins, des cadres et de la direction est seul susceptible de pouvoir redonner confiance, dans la prise de risque, bien pensée, bien calculée, et consubstantielle à toute démarche thérapeutique opérante.

Les décisions prises dans chaque hôpital devront aussi interpeller les autorités dites de contrôle et les décideurs politiques, en charge du financement, mais aussi du bon respect des « adoubs » des établissements selon différentes procédures et qui ne garantissent pourtant pas l'excellence des soins comme a pu le révéler un rapport du Contrôle général des lieux de privation de liberté en 2016. Il ne convient pas d'attendre de brusques renversements de tendance dans un monde qui se rassure par la construction de murs, de fermeture des frontières, d'un repli et d'un isolement qui lui semblent salutaires alors que le même isolement est ostracisé quand la psychiatrie y recourt et que certains patients y trouvent une protection et un apaisement face à la brutalité des « normaux ».

Ne finissons pas ce texte par nos propres mots, mais par ceux de collègues dont l'un est le président de la commission de la HAS sur l'isolement et la contention), écrit il y a 13 ans, et montrant que leur analyse pessimiste reste toujours actuelle (Alezzah, 2004) :

« Les résultats de cette enquête nous semblent être une bonne illustration des injonctions paradoxales auxquelles sont confrontés les personnels soignants. D'une part les notions de précaution et de sécurité pèsent de plus en plus dans l'organisation du système sanitaire, d'autre part, on ne cesse de réaffirmer, comme un principe intangible, parfois en méconnaissant totalement la dimension hautement spécifique du fait psychopathologique, que les patients sont et doivent demeurer libres. Au-delà d'un vécu culpabilisant projeté sur les soignants qui attenteraient à cette liberté, le risque nous semble exister d'un repli défensif vers une multiplication puis une stricte observance de procédures visant à protéger l'institution davantage que les patients en reléguant au second plan la prise en charge individuelle et sa dimension relationnelle.

Il nous semble important de garder à l'esprit que les troubles mentaux représentent bien une « pathologie de la liberté » pour reprendre le mot d'Henri Ey. C'est justement en soignant les patients, parfois malgré eux, que nous leur restituons cette liberté. Ce soin ne peut aller sans prise de risques, risques que les protocoles sécuritaires rendent de plus en plus difficiles à prendre.

Jusqu'où le principe de précaution si fréquemment avancé peut-il s'appliquer à la psychiatrie ? »

BIBLIOGRAPHIE

1. Alezzah C, Bobillo JM, Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation temps plein ? L'Information psychiatrique, Volume 80, N° 7, septembre 2004.
2. Alvesson M., Spicer A. A Stupidity-Based Theory of Organisations. Journal of management studies 49 :7 November 2012 doi : 10.1111/j.1467-6486.2012.01072.x
3. Anaes. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, juin 1998. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
4. Anaes — Fhf. Conférence de consensus. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité. 24 et 25 novembre 2004. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite
5. Assemblée Nationale. Commission des Affaires sociales. Robiliard D, Jacquat D. Rapport d'information de la mission d'évaluation des lois du 27 septembre 2013 et 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. 15 février 2017. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>
6. Bantman P. La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, où en sommes-nous ? L'Information psychiatrique, vol 86, n° 4 — Avril 2010.
7. Barbier JP, Robiliard D. Assemblée nationale. Commission des affaires sociales. Rapport d'information n° 1662 « Santé mentale : quand la démocratie soigne », décembre 2013, www.assemblee-nationale.fr.
8. Dumont A, Giloux N, Terra JL. Observation et évaluation d'une pratique clinique : l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron. L'Information psychiatrique 2012 ; 88 : 687-93 doi : 10.1684/ipe.2012.0972
9. Dupont M, Laguerre A, Volpe A. Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien traiter. Presses de l'EHESP. 2015
10. Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine. De la contention à la contenance : la psychiatrie au risque de la liberté. Pratiques en santé mentale. Éditions Champ social, n° 4, Novembre 2014.
11. Finkelstein C. La contention en psychiatrie : il faut désormais respecter la loi. Droit Déontologie Soins 16 (2016) 132-141
12. Friouret L. L'antagonisme entre les exigences médicales et juridiques relevé par les conséquences de l'irrégularité des soins forcés. L'Information psychiatrique 2015 ; 91 : 449-54 doi : 10.1684/ipe.2015.1356
13. Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Isolement et contention en psychiatrie générale. 2017. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
14. Najman Thierry. Lieu d'asile. Manifeste pour une autre psychiatrie. L'hôpital menacé par l'enfermement abusif. Odile Jacob. 2015.

**Participez à l'enquête en ligne du SPH « Dotation Annuelle de Fonctionnement, gels et disparitions des postes »
Allez sur le site <https://sphweb.fr/dotation-annuelle-de-fonctionnement-gels-disparitions-postes/>**

Chers collègues,

Fin 2016 la nouvelle feuille de route nationale pour les hôpitaux exigeait une réduction de 3,5 milliards des dépenses de santé dont 1,7 milliards de moins pour les hôpitaux publics pour 2017. Aucun élément ne laisse espérer une volonté politique de desserrer l'étau des restrictions. Au fil des réductions, la cible des économies au sein des établissements finit toujours par porter sur les effectifs : il est à prévoir qu'il en découlera pour la psychiatrie un appauvrissement de la diversité des offres de soins et l'instauration de conditions de travail de plus en plus éprouvantes.

La perte des solidarités et le naufrage des engagements de service public sont au cœur des luttes du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux portées auprès des instances et des tutelles de la discipline. La question des moyens et les modèles de financement de la psychiatrie font partie des travaux du syndicat depuis plusieurs années, et le SPH se devait de réagir au récent rapport Véran chargé de faire des propositions sur le financement des hôpitaux.

Face aux indicateurs économiques trop généraux utilisés par les ministères pour justifier des choix aux conséquences lourdes pour les soins et les soignants, il est utile d'apporter une illustration concrète des effets dans les régions : c'est ce que peut permettre votre contribution, grâce à ce questionnaire qui prend moins de 5 minutes.

Merci d'y contribuer.

Bien syndicalement

**Marc Bétrémieux
Isabelle Montet**

Votre exercice principal de psychiatre est en :

- EPSM
- CH Général
- CHU
- ESPIC
- Autre

Merci d'indiquer le numéro de votre département

.....

Votre établissement est-il en plan de retour à l'équilibre

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Avez-vous eu connaissance d'une diminution de votre Dotation Annuelle de Financement (DAF) de psychiatrie au cours des 2 dernières années ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Commentaires

Cette évolution de la DAF s'accompagne-t-elle pour votre Secteur de Psychiatrie ou votre Pôle d'un gel de postes médicaux (pas de publication, pas de campagne de recrutement, ...) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Cette évolution de la DAF s'accompagne-t-elle pour votre Secteur de Psychiatrie ou votre Pôle d'un gel de postes soignants (pas de publication, pas de campagne de recrutement, ...) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Votre secteur de psychiatrie ou votre pôle a-t-il été affecté par une suppression de postes médicaux liée à l'évolution de la DAF ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Si oui, combien ?

Votre secteur de psychiatrie ou votre pôle a-t-il été affecté par une suppression de postes non-médicaux liée à l'évolution de la DAF ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Si oui, combien ?



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Contention mécanique en psychiatrie générale

Il existe plusieurs types de contentions, dont les contentions physique et mécanique.

- **Contention physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.**
- **Contention mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.**

La contention mécanique est une mesure d'exception, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation d'une mesure de contention mécanique représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique.

Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

Seule la contention mécanique est abordée dans cette recommandation de bonne pratique.

MESSAGES CLÉS

- La contention est indiquée exceptionnellement en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
- La mise sous contention mécanique est réalisée sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise sous contention mécanique.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 6 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles.

...

MESSAGES CLÉS (SUITE)

- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les critères permettant sa levée.
- La mise en place d'une mesure de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- La contention mécanique doit être faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.
- La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- Après la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.
- À l'issue d'une mesure de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit avoir lieu.
- Chaque mesure de contention mécanique doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. 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 ayant surveillé le patient.

INDICATIONS

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.
- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.
- Exceptionnellement, en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

CONTRE-INDICATIONS

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.
- État clinique ne nécessitant pas une contention.
- Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
- La mise sous contention mécanique est réalisée sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la décision qui pourrait avoir été prise par l'équipe soignante doit être confirmée dans l'heure qui suit le début de la mesure, après un examen médical permettant de déterminer si la contention mécanique est justifiée, si elle doit être maintenue ou si elle doit être levée.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise sous contention mécanique pour :
 - évaluer l'état mental, émotionnel et physique du patient, avec une attention particulière à l'état cardiaque et respiratoire ;
 - expliquer au patient les raisons de la mesure et les critères permettant sa levée ;
 - expliquer la surveillance qui sera effectuée ;
 - discuter, avec l'équipe soignante impliquée dans la mise en place de la mesure, des facteurs déclenchants de l'épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de la contention mécanique et de l'évolution clinique du patient sous contention mécanique ;
 - identifier et mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de la contention mécanique.
- Le médecin est préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient et comporte :
 - l'identité du patient ;
 - la date et l'heure de début et de fin de mise sous contention mécanique ;
 - le nom de l'unité, les modalités d'hospitalisation ;
 - le motif de la mise sous contention mécanique, les risques de violence imminente ou immédiate, non maîtrisable, envers autrui ou envers lui-même, clairement tracés ;
 - des précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours ;
 - la recherche de contre-indications à la contention mécanique ;
 - les modalités de dispensation du traitement médicamenteux privilégiant une voie per os chaque fois que possible, en situation d'urgence, en complétant la fiche de traitement ;
 - les modalités de surveillance adaptées à l'évaluation des risques somatiques et psychiques ;
 - les consignes devant permettre au patient de manger, de boire, d'aller aux toilettes ou de se laver clairement tracées.
- Il convient de s'assurer que les patients bénéficient d'un accès à l'alimentation, à l'hydratation et à l'hygiène.
- À l'initiation de la mesure, l'indication doit être limitée à 6 heures maximum. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles.
- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- En aucun cas, le recours à une mesure de contention mécanique ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un patient qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un patient a un tel comportement, les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement.
- Toute mesure programmée de contention mécanique est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.

LIEU DE MISE EN ŒUVRE

La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Elle ne peut avoir lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques. La contention mécanique ne peut se faire qu'en position allongée.

LES EXCEPTIONS

Dans le cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées et dans un but de préservation de l'intégrité physique du patient, il peut être possible d'avoir recours à des moyens de contention mécanique ambulatoire tels que des vêtements de contention.

Cette contention n'est pas nécessairement associée à l'isolement et s'inscrit dans un plan de soins spécifique établi par le psychiatre traitant du patient, en dehors du cadre de l'urgence.

Le recours à cette pratique doit faire l'objet d'une évaluation clinique régulière.

Ces mesures doivent être recensées au niveau du service afin de renforcer la réflexion sur l'organisation des soins.

SURVEILLANCE

- Chaque examen ou surveillance doit être consigné dans le dossier du patient où une fiche peut être identifiée stipulant le nom du soignant, la date et l'heure ainsi que les examens ou surveillances effectués. Il s'agit notamment :
 - des observations et soins effectués lors des surveillances ;
 - des examens médicaux pratiqués ;
 - des aliments et boissons pris ;
 - des soins personnels (hygiène, élimination) ;
 - des traitements administrés ;
 - des visites de l'équipe soignante et d'un relevé de l'état clinique.
- Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures afin :
 - d'évaluer son état physique, notamment les risques de complication thromboembolique, ainsi que son état psychique et son comportement ;
 - d'évaluer la nécessité de maintien de la mesure ;
 - d'évaluer les effets des traitements médicamenteux ;
 - de réévaluer le rythme et la nature des surveillances à effectuer.
- L'équipe soignante peut demander à ce que les évaluations médicales soient effectuées plus fréquemment si elle note un changement en termes d'évolution permettant une levée de la contention mécanique ou une détérioration de l'état physique ou psychique du patient.
- Le rythme de surveillance de l'état somatique et psychique par l'équipe soignante est précisé par le médecin et adapté en fonction des nécessités thérapeutiques et du (des) risque(s) présenté(s) par le patient. Il relève donc de son jugement clinique.
- La surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fait au moins toutes les heures et peut aller jusqu'à une surveillance continue.
- La surveillance des paramètres physiologiques est assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale.
- Les sevrages sont pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac.
- La vérification des points d'attaches, de l'état cutané et des besoins physiologiques du patient relève du rôle propre infirmier.
- Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Elle est réalisée par au moins deux membres de l'équipe soignante :
 - avec une attention particulière à l'état psychique du patient et aux signes d'aggravation de l'état somatique éventuels ;
 - avec une attention particulière aux signes de défaillance cardiaque ou respiratoire ;
 - en considérant l'état d'hydratation, d'alimentation, d'hygiène et les besoins d'élimination.
- Tout incident doit être tracé dans le dossier du patient.
- La prévention des maladies thromboemboliques doit être envisagée pour chaque patient en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant.

SURVEILLANCE (SUITE)

- Une attention particulière est portée aux patients les plus à risque sur le plan somatique ou psychique, notamment :
 - les patients extrêmement agités ;
 - les patients intoxiqués par l'alcool ou des substances psychostimulantes ;
 - les patients ayant des antécédents cardiaques ou respiratoires, une obésité morbide, des troubles neurologiques et/ou métaboliques ;
 - les patients âgés ;
 - les femmes enceintes ou en période de *post-partum* ;
 - les patients victimes de sévices dans le passé.

INFORMATION DU PATIENT

- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les critères permettant sa levée.
- L'explication doit être donnée dans des termes compréhensibles par le patient et répétée, si nécessaire, pour faciliter la compréhension.
- Il est nécessaire d'expliquer au patient ce qui va se passer durant la période de contention mécanique (surveillances, examens médicaux, traitement, toilettes, repas, boisson).
- Dans la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient, sauf dispositions prévues par la législation (majeurs sous tutelle, mineurs) et dans le respect du code de déontologie, il est demandé au patient s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche. Dans ce cas, les moyens les mieux adaptés à la délivrance de cette information doivent être recherchés.

SÉCURITÉ DU PATIENT ET DES SOIGNANTS – CONDITIONS DE LA CONTENTION MÉCANIQUE

- La mise en place d'une mesure de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- Les services doivent être dotés d'équipes soignantes adaptées aux besoins quotidiens en matière de prise en charge psychiatrique et de sécurité.
- Un nombre suffisant de soignants doit être présent pour assurer de façon sûre et efficace la gestion de la situation de crise.
- Dans les situations de grande tension, l'équipe doit pouvoir identifier le moment où le patient est encore accessible et disponible pour l'échange et le moment où il ne l'est plus. C'est le moment où l'équipe doit agir tout en maintenant une communication verbale.
- Une partie de l'équipe se consacre à la situation de crise, une autre partie prend en charge et rassure les autres patients. Un professionnel doit prendre le leadership et coordonner la gestion des interventions.
- Il faut essayer de circonscrire le plus rapidement possible un espace de prise en charge, séparé des autres patients, et respecter un positionnement des soignants, dans l'espace à proximité d'une sortie.
- S'il n'est pas présent, le médecin de l'unité ou le médecin de garde est informé de la situation et sollicité pour intervenir le plus rapidement possible. S'il s'agit du médecin qui connaît le patient, il faut l'informer des facteurs repérés comme pouvant expliquer la situation de crise (frustration, prise de toxiques, exacerbation hallucinatoire...). S'il s'agit du médecin de garde, lui présenter succinctement le patient, l'existence de personnes ressources, les facteurs d'alliance possibles, etc.
- Parallèlement, des renforts sont sollicités pour une intervention en soutien. Un professionnel de l'unité concernée accueille et informe l'équipe de renforts. L'intervention des renforts doit faire l'objet d'une procédure écrite qui précise la place des renforts dans une stratégie d'équipe et peut prévoir des réponses graduées.

SÉCURITÉ DU PATIENT ET DES SOIGNANTS – CONDITIONS DE LA CONTENTION MÉCANIQUE (SUITE)

- Les équipes doivent être formées et entraînées à la prévention, à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage.
- Les risques somatiques étant majorés en cas de contention mécanique, les équipements de réanimation, incluant un défibrillateur, de l'oxygène, du matériel de perfusion, d'aspiration et des médicaments de réanimation doivent être à proximité et rapidement disponibles.
- L'équipe soignante doit être formée aux premiers secours, et les médecins, à l'utilisation du matériel de réanimation.
- La mesure de contention mécanique doit respecter les droits des patients à la dignité et au respect de leur intégrité corporelle.
- Le début et la fin de toute mesure de contention mécanique sont portés à la connaissance du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de garde.

RÉALISATION PRATIQUE DE LA CONTENTION MÉCANIQUE

- La mesure de contention mécanique doit être faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.
- Le médecin présent participe à la mise sous contention mécanique.
- Le patient est immobilisé par 4 soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse) et un 5^e soignant maintenant la tête. Lors de la mise sous contention mécanique, la tête du patient doit être protégée en s'assurant qu'il est toujours dans une position qui lui permet de respirer.
- Dans la mesure du possible, un membre de l'équipe devrait superviser la mise sous contention mécanique pour s'assurer notamment :
 - de la protection de la tête et du cou du patient ;
 - des capacités respiratoires du patient ;
 - des signes vitaux.
- Dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins psychiatriques sans consentement, qui en dispose, une équipe de sécurité spécifiquement formée peut soutenir les soignants pour la mise sous contention mécanique.
- L'équipe soignante :
 - s'assure que la contention manuelle, avant la mise sous contention mécanique, n'entrave pas la capacité du patient à respirer notamment en appliquant une pression sur la cage thoracique, le cou ou l'abdomen ou en obstruant la bouche ou le nez ;
 - applique, lors de la contention manuelle, une force justifiée, appropriée, raisonnable, proportionnée à la situation et durant le temps le plus court possible ;
 - s'assure que le patient sous contention peut tourner la tête sur le côté.
- Le patient est couché sur le dos, sur un lit adapté, chaque membre est maintenu par une attache verrouillée. En fonction du niveau de contention requis par la situation clinique, une ceinture ventrale peut être mise en place. Le matériel de contention et les attaches doivent être adaptés au poids et à la stature du patient.
- Ne jamais placer de serviette, sac, coussin sur le visage du patient, pendant ou après la mise sous contention.
- Si possible, la tête du lit doit être surélevée pour limiter le risque d'inhalation.
- Les objets dangereux doivent être mis à distance du patient (briquet, ceinture, objets tranchants, etc.).
- Un dispositif d'appel fonctionnel relié aux soignants doit être accessible par le patient.
- Si nécessaire, un traitement sédatif est administré d'emblée, autant que possible par voie orale.
- La disponibilité de la chambre du patient sous contention et en isolement lui est assurée à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.
- La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance.

LEVÉE DE LA MESURE DE CONTENTION MÉCANIQUE

- La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- L'équipe soignante peut à tout moment solliciter le médecin afin de lever la mesure.
- La contention mécanique ne peut être maintenue pour des raisons organisationnelles ou institutionnelles, ni pour répondre à la rareté des professionnels.
- La raison, l'heure et la date de la levée de la mesure de contention mécanique doivent être tracées dans le dossier du patient.
- En fonction de la clinique, la levée de la mesure de contention mécanique n'est pas systématiquement associée à la levée de la mesure d'isolement.

ANALYSE À LA LEVÉE DE LA MESURE DE CONTENTION MÉCANIQUE AVEC LE PATIENT

- Après la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.
- Cette analyse doit permettre :
 - de mobiliser ses aptitudes à l'autocontrôle et d'identifier, avec le patient, les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs et les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de nouvel incident ;
 - d'entendre et de noter les perceptions du patient sur l'épisode de contention mécanique et sa relation avec l'équipe soignante ;
 - de s'assurer que ses droits et son intégrité physique et mentale ont été pris en compte pendant la durée de la mesure.
- Dès que possible lorsque la mesure de contention est levée et si le patient est accessible, il est important de l'aider à comprendre les événements récents qu'il a vécus, lors d'un ou plusieurs entretiens qui ont plusieurs objectifs :
 - soutenir et prendre en charge le patient après l'épisode ;
 - fournir un soutien émotionnel au patient et valider son ressenti de l'événement : l'aider à mettre des mots sur sa souffrance, son vécu aussi bien avant, pendant et après la crise ;
 - renforcer le lien avec le patient ;
 - informer le patient sur l'événement ;
 - mieux comprendre, avec le patient, l'événement, pour prévenir sa récurrence ;
 - aider le patient à comprendre, si cela lui est possible, les facteurs internes qui ont conduit à cette crise, et ses symptômes ;
 - identifier des facteurs contextuels qui ont pu contribuer à la crise ;
 - initier ou poursuivre un travail d'éducation thérapeutique visant la reconnaissance de signes avant-coureurs, l'identification des facteurs d'apaisement et des personnes ressources.

TEMPS DE REPRISE EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

- À l'issue d'une mesure de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle a lieu et consiste à :
 - faire une première analyse avec une diversité de points de vue ;
 - cerner la dimension clinique ;
 - recontextualiser les comportements des patients ;
 - faire une analyse de l'ensemble des facteurs. Faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient ;
 - identifier ce qui aurait pu être évité et/ou ce qui aurait permis une résolution sans violence ;

TEMPS DE REPRISE EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE (SUITE)

- permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à cette pratique vécue parfois avec culpabilité ; permettre aussi l'expression de la peur ou de la difficulté de prendre soin d'un patient qui a ou qui a eu un comportement violent ;
- faire un retour sur ce qui a conduit à la mesure de contention ; l'information sur la mesure de contention ainsi que sur la levée doit être faite en toute transparence à l'ensemble de l'équipe, notamment les membres présents le jour de l'événement ;
- permettre l'expression des difficultés éprouvées face à un contexte d'exigences contradictoires et de dissonance éthique ;
- réfléchir à des alternatives à la contention : retravailler en équipe la prévention, améliorer la contenance relationnelle à travers la disponibilité, le renforcement et la qualification de l'équipe soignante.

RECUEIL DES DONNÉES ET POLITIQUE D'ÉTABLISSEMENT

Un registre administratif doit être 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, conformément à l'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

- Pour chaque mesure de contention mécanique, ce registre préservant l'anonymat du patient mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.
- Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.
- À partir du recueil de données, les unités de soins, les services, les pôles et la commission médicale d'établissement (CME) développent une réflexion sur l'évolution du nombre de mesures de contention mécanique. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est associée à ces travaux. L'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 doit s'appuyer sur cette réflexion pour définir une politique visant à diminuer le recours à la contention mécanique. Cette politique doit s'appuyer sur une présence soignante pluriprofessionnelle dans les unités de soins, adaptée aux besoins d'une prise en charge basée sur la relation. Elle s'étaye, notamment pour les nouveaux diplômés, sur un programme de formation à la clinique et à la psychopathologie ainsi que sur des formations à la prévention de la violence et à la désescalade. Les critères d'évaluation de cette politique doivent être définis (comprenant notamment : nombre de soignants formés à la désescalade, nombre d'évaluations des pratiques professionnelles [EPP], protocoles spécifiques, etc.).
- L'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 établit, tous les ans, un rapport rendant compte des pratiques de contention mécanique, de la politique définie pour en limiter le recours et de l'évaluation de sa mise en œuvre. La CME en fait un axe de sa politique qualité et sécurité des soins et un volet de son projet médical. Ce rapport doit être présenté pour avis au conseil de surveillance, à la commission des usagers (CDU).
- Tout événement indésirable consécutif à une mesure de contention mécanique doit être déclaré et faire l'objet d'une reprise en équipe, et éventuellement de retour d'expérience en cas de gravité (cf. décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients).



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Isolement en psychiatrie générale

Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance, etc. réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

MESSAGES CLÉS

- L'isolement est indiqué en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.
- L'isolement est réalisé sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de l'isolement.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 12 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels.
- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée.
- La mise en place d'une mesure d'isolement doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- La mesure d'isolement est faite dans un espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural.

...

MESSAGES CLÉS (SUITE)

- L'isolement doit être levé, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- Après la sortie d'isolement, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.
- À l'issue d'une mesure d'isolement, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit avoir lieu.
- Chaque mesure d'isolement doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. 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 ayant surveillé le patient.
- Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins, lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient.

INDICATIONS

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.
- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.
- En dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

CONTRE-INDICATIONS

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.
- État clinique ne nécessitant pas un isolement.
- Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

Ces situations sont régies par l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique qui prévoit que ces personnes soient adressées en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Cependant, dans la pratique, certains détenus sont hospitalisés au sein de services de psychiatrie générale.

Quel que soit le lieu d'hospitalisation, le recours à l'isolement relève d'une nécessité médicale (cf. guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice publié par le ministère de la Justice et le ministère des Affaires sociales et de la Santé qui en précise les conditions dans sa dernière version - octobre 2012).

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
- L'isolement est réalisé sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la décision qui pourrait avoir été prise par l'équipe soignante doit être confirmée dans l'heure qui suit le début de l'isolement, après un examen médical permettant de déterminer si l'isolement est justifié, s'il doit être maintenu ou s'il doit être levé.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de l'isolement pour :
 - évaluer l'état mental, émotionnel et physique du patient, avec une attention particulière à l'état cardiaque et respiratoire ;
 - expliquer au patient les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée ;
 - expliquer la surveillance qui sera effectuée ;
 - discuter, avec l'équipe soignante impliquée dans la mise en place de la mesure, des facteurs déclenchants de l'épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de l'isolement et de l'évolution clinique du patient en isolement ;
 - identifier et mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de l'isolement.
- Le médecin est préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient et comporte :
 - l'identité du patient ;
 - la date et l'heure de début et de fin de mise en isolement ;
 - le nom de l'unité, les modalités d'hospitalisation ;
 - le motif de la mise en isolement, les risques de violence imminente ou immédiate, non maîtrisable, envers autrui ou envers lui-même clairement tracés ;
 - des précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours ;
 - la recherche de contre-indications à l'isolement ;
 - les modalités de dispensation du traitement médicamenteux privilégiant une voie per os chaque fois que possible, en situation d'urgence, en complétant la fiche de traitement ;
 - les modalités de surveillance adaptées à l'évaluation des risques somatiques et psychiques ;
 - les consignes devant permettre au patient de manger, de boire, d'aller aux toilettes ou de se laver clairement tracées.
- Il convient de s'assurer que les patients bénéficient d'un accès à l'alimentation, à l'hydratation et à l'hygiène.
- À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 12 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels.
- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- En aucun cas, le recours à une mesure d'isolement ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un patient qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un patient a un tel comportement, les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement.
- Toute mesure programmée d'isolement est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.
- De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres. La durée de cet isolement doit être la plus courte possible, adaptée et proportionnée au risque, ne pouvant pas dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation du régime de soins.

SURVEILLANCE

- Chaque examen ou surveillance doit être consigné dans le dossier du patient où une fiche peut être identifiée stipulant le nom du soignant, la date et l'heure ainsi que les examens ou surveillances effectués. Il s'agit notamment :
 - des observations et soins effectués lors des surveillances ;
 - des examens médicaux pratiqués ;
 - des aliments et boissons pris ;
 - des soins personnels (hygiène, élimination) ;
 - des traitements administrés ;
 - des visites de l'équipe soignante et d'un relevé de l'état clinique.
- Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures afin :
 - d'évaluer son état physique, psychique et son comportement du patient ;
 - d'évaluer la nécessité de maintien de la mesure ;
 - d'évaluer les effets des traitements médicamenteux ;
 - de réévaluer le rythme et la nature des surveillances à effectuer.
- L'équipe soignante peut demander à ce que les évaluations médicales soient effectuées plus fréquemment si elle note un changement en termes d'évolution permettant une levée de l'isolement ou une détérioration de l'état physique ou psychique du patient.
- Le rythme de surveillance de l'état somatique et psychique par l'équipe soignante est précisé par le médecin et adapté en fonction des nécessités thérapeutiques et du (des) risque(s) présenté(s) par le patient. Il relève donc de son jugement clinique.
- La surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fait au moins toutes les heures et peut aller jusqu'à une surveillance continue.
- La surveillance des paramètres physiologiques est assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, etc.) en fonction de la prescription médicale.
- Les sevrages sont pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac.
- Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Elle est réalisée par au moins deux membres de l'équipe soignante :
 - avec une attention particulière à l'état psychique du patient et aux signes d'aggravation de l'état somatique éventuels ;
 - avec une attention particulière aux signes de défaillance cardiaque ou respiratoire ;
 - en considérant l'état d'hydratation, d'alimentation, d'hygiène et les besoins d'élimination.
- Tout incident doit être tracé dans le dossier du patient.
- Une attention particulière est portée aux patients les plus à risque sur le plan somatique ou psychique, notamment :
 - les patients extrêmement agités ;
 - les patients intoxiqués par l'alcool ou des substances psychostimulantes ;
 - les patients ayant des antécédents cardiaques ou respiratoires, une obésité morbide, des troubles neurologiques et/ou métaboliques ;
 - les patients âgés ;
 - les femmes enceintes ou en période de *post-partum* ;
 - les patients victimes de sévices dans le passé.

INFORMATION DU PATIENT

- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement, de donner au patient, des explications claires concernant les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée.
- L'explication doit être donnée dans des termes compréhensibles par le patient et répétée, si nécessaire, pour faciliter la compréhension.

INFORMATION DU PATIENT (SUITE)

- Il est nécessaire d'expliquer au patient ce qui va se passer durant la période d'isolement (surveillance, examens médicaux, traitement, toilettes, repas, boisson).
- Dans la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient, sauf dispositions prévues par la législation (majeurs sous tutelle, mineurs) et dans le respect du code de déontologie, il est demandé au patient s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche. Dans ce cas, les moyens les mieux adaptés à la délivrance de cette information doivent être recherchés.

SÉCURITÉ DU PATIENT ET DES SOIGNANTS – CONDITIONS DE L'ISOLEMENT

- La mise en place d'une mesure d'isolement doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- Les services doivent être dotés d'équipes soignantes adaptées aux besoins quotidiens en matière de prise en charge psychiatrique et de sécurité.
- Un nombre suffisant de soignants doit être présent pour assurer de façon sûre et efficace la gestion de la situation de crise.
- Dans les situations de grande tension, l'équipe doit pouvoir identifier le moment où le patient est encore accessible et disponible pour l'échange et le moment où il ne l'est plus. C'est le moment où l'équipe doit agir tout en maintenant une communication verbale.
- Une partie de l'équipe se consacre à la situation de crise, une autre partie prend en charge et rassure les autres patients. Un professionnel doit prendre le leadership et coordonner la gestion des interventions.
- Il faut essayer de circonscrire le plus rapidement possible un espace de prise en charge, séparé des autres patients, et respecter un positionnement des soignants, dans l'espace à proximité d'une sortie.
- S'il n'est pas présent, le médecin de l'unité ou le médecin de garde est informé de la situation et sollicité pour intervenir le plus rapidement possible. S'il s'agit du médecin qui connaît le patient, il faut l'informer des facteurs repérés comme pouvant expliquer la situation de crise (frustration, prise de toxiques, exacerbation hallucinatoire...). S'il s'agit du médecin de garde, lui présenter succinctement le patient, l'existence de personnes ressources, les facteurs d'alliance possibles, etc.
- Parallèlement, des renforts sont sollicités pour une intervention en soutien. Un professionnel de l'unité concernée accueille et informe l'équipe de renforts. L'intervention des renforts doit faire l'objet d'une procédure écrite qui précise la place des renforts dans une stratégie d'équipe et peut prévoir des réponses graduées.
- Les équipes doivent être formées et entraînées à la prévention, à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage.
- L'équipe soignante doit être formée aux premiers secours, et les médecins, à l'utilisation du matériel de réanimation.
- La mesure d'isolement doit respecter les droits des patients à la dignité et au respect de leur intégrité corporelle.
- Un patient en isolement, en fonction de la clinique, doit pouvoir garder ses vêtements et certains objets personnels ayant une signification pour lui, ou être en pyjama pour sa sécurité.
- En fonction de l'état clinique du patient, des sorties de courte durée de l'espace d'isolement peuvent être proposées, en présence des soignants.
- L'entrée et la sortie du patient en isolement sont signalées en temps réel aux services de sécurité incendie de l'établissement.
- Le début et la fin de toute mesure d'isolement sont portés à la connaissance du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de garde.

L'ESPACE D'ISOLEMENT

- La mesure d'isolement est faite dans un espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural.
- L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans l'espace d'isolement ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
- Il doit respecter l'intimité et la dignité du patient et permettre le repos et l'apaisement.
- La disponibilité de la chambre du patient est assurée à tout moment.
- L'espace d'isolement est suffisamment grand pour permettre d'accueillir le patient et un nombre suffisant de soignants.
- L'espace d'isolement bénéficie d'un accès aux toilettes et à la douche.
- L'espace d'isolement est entretenu et propre.
- L'espace d'isolement est pourvu d'équipements de qualité ne présentant pas de danger pour le patient, notamment un mobilier (lit, siège, etc.) confortable mais sécurisé et robuste ne pouvant devenir un objet dangereux.
- L'espace d'isolement est équipé de moyens d'orientation temporelle : heure, date, nouvelles ou informations...
- Il permet à l'équipe d'observer et de communiquer facilement avec le patient.
- Il est situé à proximité du bureau infirmier afin de permettre une surveillance rapprochée et disposer de deux accès.
- Il est équipé d'un dispositif d'appel toujours accessible par le patient.
- Il est bien isolé et ventilé avec un contrôle de la température à l'extérieur de la pièce.
- Il est équipé d'un dispositif d'éclairage pouvant être réglé de l'extérieur pour permettre la surveillance, mais incluant un éclairage qui peut être contrôlé par le patient.
- La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance.

LEVÉE DE LA MESURE D'ISOLEMENT

- L'isolement doit être levé, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- L'équipe soignante peut à tout moment solliciter le médecin afin de lever la mesure.
- L'isolement ne peut être maintenu pour des raisons organisationnelles ou institutionnelles, ni pour répondre à la rareté des professionnels.
- La raison, l'heure et la date de la levée de l'isolement doivent être tracées dans le dossier du patient.

ANALYSE À LA LEVÉE DE LA MESURE D'ISOLEMENT AVEC LE PATIENT

- Après la sortie d'isolement, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.
- Cette analyse doit permettre :
 - de mobiliser ses aptitudes à l'autocontrôle et d'identifier, avec le patient, les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs et les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de nouvel incident ;
 - d'entendre et de noter les perceptions du patient sur l'épisode d'isolement et sa relation avec l'équipe soignante ;
 - de s'assurer que ses droits et son intégrité physique et mentale ont été pris en compte pendant la durée de la mesure.
- Dès que possible lorsque la mesure d'isolement est levée et si le patient est accessible, il est important de l'aider à comprendre les événements récents qu'il a vécus, lors d'un ou plusieurs entretiens qui ont plusieurs objectifs :
 - soutenir et prendre en charge le patient après l'épisode ;

ANALYSE À LA LEVÉE DE LA MESURE D'ISOLEMENT AVEC LE PATIENT (SUITE)

- fournir un soutien émotionnel au patient et valider son ressenti de l'événement : l'aider à mettre des mots sur sa souffrance, son vécu aussi bien avant, pendant et après la crise ;
- renforcer le lien avec le patient ;
- informer le patient sur l'événement ;
- mieux comprendre, avec le patient, l'événement, pour prévenir sa récurrence ;
- aider le patient à comprendre, si cela lui est possible, les facteurs internes qui ont conduit à cette crise, et ses symptômes ;
- identifier des facteurs contextuels qui ont pu contribuer à la crise ;
- initier ou poursuivre un travail d'éducation thérapeutique visant la reconnaissance de signes avant-coureurs, l'identification des facteurs d'apaisement et des personnes ressources ;
- identifier ce qui a mal fonctionné, quelle information a été manquée, ce qui aurait pu être fait différemment et ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour éviter d'avoir recours à l'isolement ;
- discuter avec le patient des stratégies alternatives possibles afin de prévenir la récurrence de l'événement et utiliser les résultats de cette discussion pour faire évoluer le plan de soins et le plan de prévention partagé.

TEMPS DE REPRISE EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

À l'issue d'une mesure d'isolement, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle a lieu et consiste à :

- faire une première analyse avec une diversité de points de vue ;
- cerner la dimension clinique ;
- recontextualiser les comportements des patients ;
- faire une analyse de l'ensemble des facteurs ; faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient ;
- identifier ce qui aurait pu être évité et/ou ce qui a permis une résolution sans violence ;
- permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à cette pratique vécue parfois avec culpabilité ; permettre aussi l'expression de la peur ou de la difficulté de prendre soin d'un patient qui a ou qui a eu un comportement violent ;
- faire un retour sur ce qui a conduit à la mesure d'isolement ; l'information sur la mesure d'isolement ainsi que sur la levée doit être faite en toute transparence à l'ensemble de l'équipe, notamment les membres présents le jour de l'événement ;
- permettre l'expression des difficultés éprouvées face à un contexte d'exigences contradictoires et de dissonance éthique ;
- réfléchir à des alternatives à l'isolement : retravailler en équipe la prévention, améliorer la contenance relationnelle à travers la disponibilité, le renforcement et la qualification de l'équipe soignante.

RECUEIL DES DONNÉES ET POLITIQUE D'ÉTABLISSEMENT

- Un registre administratif doit être 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, conformément à l'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.
- Pour chaque mesure d'isolement, ce registre préservant l'anonymat du patient mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.
- Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

RECUEIL DES DONNÉES ET POLITIQUE D'ÉTABLISSEMENT (SUITE)

- À partir du recueil de données, les unités de soins, les services, les pôles et la commission médicale d'établissement (CME) développent une réflexion sur l'évolution du nombre de mesures d'isolement. La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est associée à ces travaux. L'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 doit s'appuyer sur cette réflexion pour définir une politique visant à diminuer le recours à l'isolement. Cette politique doit s'appuyer sur une présence soignante pluriprofessionnelle dans les unités de soins, adaptée aux besoins d'une prise en charge basée sur la relation. Elle s'étaye, notamment pour les nouveaux diplômés, sur un programme de formation à la clinique et à la psychopathologie ainsi que sur des formations à la prévention de la violence et à la désescalade. Les critères d'évaluation de cette politique doivent être définis (comprenant notamment : nombre de soignants formés à la désescalade, nombre d'évaluations des pratiques professionnelles [EPP], protocoles spécifiques, etc.).
- L'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 établit, tous les ans, un rapport rendant compte des pratiques de mise en isolement, de la politique définie pour en limiter le recours et de l'évaluation de sa mise en œuvre. La CME en fait un axe de sa politique qualité et sécurité des soins et un volet de son projet médical. Ce rapport doit être présenté pour avis au conseil de surveillance, à la commission des usagers (CDU).
- Tout événement indésirable consécutif à l'isolement doit être déclaré et faire l'objet d'une reprise en équipe, et éventuellement de retour d'expérience en cas de gravité (cf. décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients).

L'ESPACE D'APAISEMENT DANS UNE DÉSESCALADE

- Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins.
- L'espace d'apaisement est un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient.
- Il est utilisé de façon volontaire, le plus souvent sur demande du patient ou sur suggestion de l'équipe soignante, dans le respect d'un cadre défini pour son utilisation.
- Le patient peut choisir de quitter l'espace d'apaisement à tout moment.
- Il peut contenir des matelas, du matériel pour écouter de la musique, des fauteuils confortables, des livres, des lumières douces, etc.
- Avec l'accord du patient, sa chambre, dont il peut sortir à tout moment, peut également être utilisée dans un accompagnement soignant de désescalade.

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 Hélin-Beaumont Cedex



Cliniques, Risques, Traumas

Jeudi 5 octobre

09h00 - 12h30

Matin

11 Sessions de DPC :

- « Border-Line et PTSD » animé par Frank YEOMANS et Hugo TRESPALACIOS
- « Psychopharmacologie au quotidien : Prendre en compte les interactions médicamenteuses pour une prescription optimale » animé Marie BESSON et Marion AZOULAY
- « Conduite à tenir en cas de résistance à un traitement antipsychotique correctement mené - Intérêt clinique du monitoring plasmatique et du génotypage des Cytochromes P450 » animé par Marlon PERIN-DUREAU
- « Loi de 2011 ; Certificats » (sous réserve):
- « Actualités thérapeutiques et juridiques : Isolements et contentions » animé par Eric PECHILLON et Michel David
- « Responsabilité professionnelle en psychiatrie » animé par Gérard SHADILI et Bertrand LAVOISY
- « Repérage précoce des troubles du développement » animé par Anne-Sophie PERNEL et Nicole GARRET-GLOANEC
- « Psychotrauma » animé par Marie-José CORTES
- « Evaluation du parcours des patients psychotiques » animé par Bernard ODIER et Isabelle BRETENOUX
- « Psychotropes chez l'adolescent » animé par Jean CHAMBRY et Guillaume CEZANNE-BERT
- « Evaluation du traumatisme psychique des victimes : du certificat initial à l'expertise psychiatrique » animé par Paul JEAN-FRANCOIS et Bernard CORDIER

Jeudi 5 octobre

13h30 - 14h00

Après-midi

Ouverture des journées

14h00 - 15h00

Conférence Inaugurale: Cliniques, risque, trauma

Marie José Cortès

15h00 - 16h00

Grande conférence: Risk, impact and response (conférence en anglais avec traduction)

David Alexander

16h00 - 16h30

Pause et Café littéraire: Pierre Valette

16h30 - 17h30

Conférence

David Le Breton

Forgetting and epigenetics (conférence en anglais avec traduction)

Eva Jablonka

17h30 - 18h30

Table ronde professionnelle SPH (jusqu'à 18h30): Risques des nouveaux modèles d'organisation et Psychiatrie Publique

Symposium WPA/FFP.
Helen Herrman présidente de la WPA
Bernard Odier président de la FFP

Risks, public mental health issues from WPA perspective

Trouble limite et trauma: une relation complexe

Franck Yeomans

Vendredi 6 octobre

09h00 - 10h30

Matin

Ateliers de communication

Atelier de communication des Internes sous l'égide de l'AFFEP

Table ronde professionnelle SPH:

Risques psychosociaux et travail en Psychiatrie Publique

Symposium Association Marocaine des Psychiatres de Service Public

Symposium Nouvelles Technologies

Symposium Société Royale de médecine mentale de Belgique

10h30 - 11h00

Pause et Café littéraire: Frédéric Cyprien (sous réserve)

11h00 - 12h30

Ateliers de communication

Carte blanche AFFEP

Symposium Psychiatrie Translationnelle. Philippe Birmes (sous réserve)

Symposium Société Algérienne de Psychiatrie

Cliniques, Risques, Traumas

Vendredi 6 octobre

14h00 - 15h00

Après-midi

Conférence

Bruno Falissard

EMDR

Michaël Robin

14h30 - 16h00

Table ronde professionnelle SPH:

Risques du métier en Psychiatrie Publique

15h00 - 16h00

Chances and challenges of psychiatric genetics: an honest assessment (conférence en français)

Thomas Schulze

Conférence

Thierry Baubet

16h00 - 16h30

Pause et Café littéraire: **Lydie Salvayre** (sous réserve)

16h30 - 17h30

VigilanS : un dispositif de veille post-hospitalière des suicidants. Evolution des indicateurs après 2 ans d'implantation

Guillaume Vaiva

Regards Croisés: risques et adolescence

Jean-Philippe Raynaud / Jean Chambry

16h30-18h00

Symposium de l'Evolution Psychiatrique: Cliniques de la dissociation

17h30 - 18h30

Conférence

Nicole Garret-Gloanec

Regards Croisés : Charge traumatique des métiers à risque.

Florence Foullon / Franck de Montleau (sous réserve)

Samedi 7 octobre

09h00 - 09h45

Matin: session médico-légale

Conférence

Natalie Giloux

09h45 - 10h30

Conférence

Delphine Boesel

10h30 - 11h00

Pause

11h00 - 11h45

Conférence

Odile Barral

11h45 - 12h30

Les séquelles psychotraumatiques chroniques de la Déportation

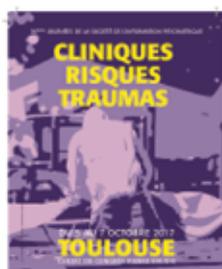
Michel Pierre

12h30

Clôture des Journées

Cliniques, Risques, Traumas

Appel à communication



Effraction, violence, hostilité... Lutte, révolte, résistance ? Conflit, harcèlement, décès brutal, choc, agression, maladie grave, licenciement, burn out, épuisement, point de rupture, trou noir, vide... Paralyse, accablement ? Impuissance, anéantissement, frayeur, effroi et tourment... Événement de vie transformé en événement traumatique... Victimes et impliqués, cassures et douleurs... Souffrances : «Impossibilité du néant ?» Pour qui ? Pourquoi ? Dimensions génétiques, vulnérabilité, modifications de la personnalité, imagerie, biologie... Transmission, avant-coup après-coup, après

coup, générations futures ! A Sisyphé, sans fin recommencer en effort épuisant condamné ? A Orphée, amour perdu, faute et lamentation sans cesse réitérées ? «Donne-moi de l'amour, car sans amour j'ai peur de mourir !» «Hoy en mi ventana brilló el sol, y el corazón se pone triste contemplando la ciudad, porque te vas...»* «Femmes au bord de la crise de nerfs», émotion, sinon vide et ennui... Suicidalité, automutilation ! Divin et si fragile Narcisse, individualisme, autonomie, malaise dans la société ? Regards, visage de l'autre, de l'enfant, responsabilité ? Qui sont-ils ? Que nous demandent-ils ? Pour qui ? Pourquoi ? Que faire ? Qu'en faire ? Aujourd'hui sur ma consultation à moi ? Demain à Toulouse ensemble pour les 36^es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique ! Pour envisager les contextes, la portée et les modalités contemporaines d'expression, la clinique du traumatisme psychique, aujourd'hui en extension considérable. Pour réfléchir à l'élargissement d'un concept forçant l'appareil psychique au-delà de ses capacités adaptatives ; d'un côté les effets d'expériences traumatiques faisant surgir un réel effrayant et irréprésentable, de l'autre les accidents plus ordinaires de la vie avec leur cortège de mal-être, de malaise, de plaintes et de revendications. Pour nous intéresser aux progrès de la recherche et de la connaissance des mécanismes neuro-biologiques en lien avec la régulation des émotions et leur expression. Et pour y rechercher les modalités de soulagement, de soins, d'élaboration, toujours singuliers, parfois transgénérationnels, pour saisir comment un

traumatisme psychique viendrait faire trauma.

Modalités:

Les communications, d'une durée de 15 minutes, auront lieu au sein des ateliers thématiques qui se dérouleront cette année le vendredi 6 octobre sans conférence en parallèle, afin de leur redonner une place prépondérante.

Pour être autorisé à communiquer, il est nécessaire de s'inscrire aux Journées et d'adresser, à l'aide d'un formulaire selon le modèle ci-après, un

résumé de la communication, soumis au Comité Scientifique pour acceptation. Les auteurs seront informés de la décision du Comité Scientifique au cours du mois de juillet 2017.

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

Les résumés doivent comporter un titre précis et informatif, préciser l'objectif de l'étude, la méthodologie, les résultats nécessaires aux arguments et les principales conclusions, sans utiliser de phrases ambiguës. Ils doivent être dactylographiés en format doc ou docx, police Arial, corps 12, en simple interligne et sans excéder 300 mots, titre compris. Ils seront adressés, **au plus tard le 20 juin 2017**, par mail en pièce jointe sous format doc ou docx au Dr Marion Azoulay, <marion.azoulay13@gmail.com>.

Après acceptation de la proposition de communication et paiement des droits d'inscription, le texte intégral devra être fourni au Dr Marion Azoulay et au président de l'atelier avant le 12 septembre 2017 par mail.

Les résumés des communications retenues seront publiés dans L'Information Psychiatrique avant la date d'ouverture des journées. Le texte intégral des communications retenues sera soumis, de façon anonyme, au Comité de Lecture de L'Information Psychiatrique pour acceptation à la publication dans un numéro de la revue L'Information Psychiatrique.

Thématiques (provisoire):

- Psychopathologie / Anamnèse
- Diagnostic / Classifications
- Soins / Place de la psychiatrie / Organisation des soins
- Psychiatrie et politique / Psychiatrie et société
- Adolescence / Dépendance
- Addictions / Corps
- Enfance / Parents
- Justice / Rapport à la loi
- Traitements / Pharmacologie / Psychothérapies
- Psychiatrie et médecine
- Psychiatrie et nouvelles technologies
- Recherche Clinique et Pratiques
- Suicide et trauma

Modèle de résumé de communication

Présentateur de la communication :

Nom, Prénom : _____ Fonction : _____ Email : _____ Tél : _____

Demeurant : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

Auteur (s) associé (s) :

Nom, Prénom : _____ Fonction : _____ Email : _____ Tél : _____

Demeurant : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

Résumé (300 mots maximum, à adresser par e-mail en fichier joint au format doc ou docx) :

Dans quel atelier souhaitez-vous communiquer ?

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.fr> 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 <https://sip.sphweb.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.fr>

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

Toute l'information sur le congrès SPH / SIP / ODPCPsy : <http://sip.sphweb.fr>

Cotisations 2017

	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.fr, 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	

Recrutement d'un médecin pédopsychiatre ou psychiatre expérimenté en pédopsychiatrie

CDI représentant 0,47 ETP (18, 50 h). A partir du 1^{er} juin 2017.
Le département de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (DPEA).
(5^{ème} secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile).

Le poste est rattaché au CMP Centre Alfred Binet.

Le médecin assure une activité de consultation au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Le travail d'équipe organise et soutient la réalisation des projets thérapeutiques. L'ASM13 dispose d'un riche département d'Enseignement-Recherches-Publications où de nombreux séminaires et colloques assurent l'approfondissement et le partage des connaissances. La réflexion psychopathologique, les évolutions thérapeutiques et l'actualisation des connaissances y ont une large place. Si ce poste vous intéresse, merci de nous adresser une lettre de candidature assortie d'un curriculum vitae.

Pour tous renseignements complémentaires vous pouvez vous adresser à :
Nathalie LE ROUX – Tél. : 01 40 77 43 69 – Mail : nathalie.leroux@asm13.org



Le Centre d'Action Médico Sociale Précoce (C.A.M.S.P.), est un lieu de dépistage, de prévention, et de soins pour les enfants de la naissance à 6 ans, qui présentent un retard de développement, ou dont la vie quotidienne est rendue difficile par la maladie, un déficit moteur, sensoriel, mental. Il accompagne également quelques enfants avec des troubles du spectre autistique. Il dispose d'un agrément de 270 places dont 20 places pour enfants porteurs de TSA. Il est géré par l'Association Handi Val de Seine (agehvs.org).

Recrute un/e pédopsychiatre à 0,60 ETP en CDI - Convention collective 66

Description de la mission :

Le pédopsychiatre travaillera en lien avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire : rôle d'évaluation de diagnostic et de repérage des signes précoces de dysfonctionnement chez le jeune enfant.

Accompagnement parental : travail sur le lien mère/enfant.

Accompagnement de la fratrie. Possibilité d'animer des groupes thérapeutiques.



Poste à pourvoir de suite



Envoyer CV et lettre de motivation à : Madame LE GUERINEL M. Edith Directrice
CAMSP Pierre Legland - 3 rue Charles Tillon - 78130 Les Mureaux - 01 34 74 44 99 - E-mail : camsplesmureaux.direction@agehvs.org



Le Centre Hospitalier de Mantes-la-Jolie
situé à 50 km de Paris, à 45 km d'Evreux,
à 80 km de Rouen, recherche h/f :



2 PSYCHIATRES POUR LE SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILÉ secteur 78101

Activités du service : • Centre médicopsychologique Infanto-juvénile (équipe pluridisciplinaire) • Hôpital de jour (10 places pour HDJ enfants et 8 places pour HDJ adolescents) • Accueil familial thérapeutique (3 places) • Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel « petite enfance » (10 places).

Les psychiatres assurent une activité de liaison avec le service de pédiatrie. Les partenaires extérieurs sont les suivants : éducation nationale, PMI, médecine de ville, institutions judiciaires et de protection de l'enfance. Les postes sont à pourvoir dès maintenant.

Adresser votre lettre de candidature et CV à Monsieur le Directeur des Affaires Médicales, 2 boulevard Sully, 78200 Mantes-la-Jolie

Pour tout renseignement, contacter :

- Docteur Brigitte Guedj, Praticien Hospitalier, Chef de Pôle : 01.34.97.92.50 ou 01.30.92.03.00 / b.guedj@ch-mantes-la-jolie.fr
- Docteur Audouin Delanete, Chef de Pôle : 01.34.97.41.50 / a.delanete@ch-mantes-la-jolie.fr
- Madame Marie Bonhomme, Responsable des Affaires Médicales : 01.34.97.40.24 / m.bonhomme@ch-mantes-la-jolie.fr



AMPP Viala Gestionnaire de 10 CMPP en IDF

RECHERCHE PEDOPSYCHIATRES CONSULTANTS H/F pour ses CMPP de Saint-Denis 93 et Garges lès Gonesse 95

CDI - Temps partiels
Salaires selon CCN 66
A pourvoir rapidement

Adresser candidature à : contact@amppviala.fr
ou à : AMPP Viala 29 rue du Dr Finlay 75015 Paris





CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS – PONTOISE

6, avenue de l'Île-de-France - CS 90079 - Pontoise - 95303 CERGY-PONTOISE CEDEX

RECRUTE UN PSYCHIATRE

PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN (ou PH contractuel) ou ASSISTANT

Au sein du pôle santé mentale de l'établissement selon plusieurs modalités d'exercice

Durée hebdomadaire des obligations de service : 10 demi-journées.

Les qualités particulières demandées sont :

- La prise en charge médicale en psychiatrie adulte.
- L'autonomie et la capacité de travailler en équipe dans un service hospitalier.
- Rigueur sur la traçabilité des actes
- La capacité à utiliser les logiciels à disposition

CONTACT :

Dr FARGEAS - Tél : 01.30.75.41.33 - Courriel : xavier.fargeas@ch-pontoise.fr



Clinique de Saumery

41350 Huisseau sur Cosson - Loir et Cher



Site exceptionnel à quatre km de Chambord et quinze de Blois (SNCF Paris Austerlitz), la clinique de Saumery dispose d'un fort potentiel de développement en région Centre Val de Loire et Territoire 41, centré sur l'adolescence.

Activité diversifiée :

Hospitalisation temps plein :

- 42 lits non sectorisés de psychiatrie adulte.
- 15 lits de psychiatrie de l'adolescent.

Alternative à l'hospitalisation :

- 10 places d'hospitalisation de jour et/ou de nuit (psychiatrie adulte).
- 10 places d'hospitalisation de jour et centre de guidance parentale (psychiatrie infanto-juvénile).

Appartement associatif de 3 places.

Travail en réseau et coopération territoriale.

Projet Médical :

- Psychiatrie Générale adulte.
- Soins intégration scolaire pour adolescents.
- Psychothérapie analytique des psychoses et des états-limites.
- Projet de soins individualisé.
- Psychothérapie institutionnelle.
- Pôle Recherche et enseignement.
- Mission de service Public : agrément formation des internes (DES de Psychiatrie).
- Formation permanente du personnel (Association Culturelle).

Gestion autonome et indépendante :

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

Poste à pourvoir dans une équipe d'exercice collégial. Salaire selon échelon, et expérience souhaitée dans la prise en charge des adolescents.

Travail à temps complet ou temps partiel.

Possibilité d'exercice libéral.

Logement de fonction, garderie pour enfants à proximité.



Contacts

Dr Antoine FONTAINE - Président de CME - 02 54 51 28 28 - afontaine@saumery.fr
Madame Carole MARLAUD - DRH - 02 54 51 28 36 - rh@saumery.fr
ou par mail en cliquant sur le bouton ci-dessous "contactez l'annonceur"

Le Centre Hospitalier Départemental Georges Daumézon FLEURY LES AUBRAIS (45) recrute : Deux pédopsychiatres ou psychiatres à temps plein pour le pôle de Psychiatrie Infanto Juvénile (postes prioritaires)

CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL
Georges Daumézon

Établissement public de santé mentale, le C.H.D.G. Daumézon est l'Hôpital de Référence de Psychiatrie du département du Loiret, et il se situe à égale distance (1h) de PARIS et de TOURS.

Il est composé de :

• 2 pôles de psychiatrie adulte • 1 pôle de Psychiatrie Infanto Juvénile • 1 pôle de soins aux détenus • 1 pôle d'appui et médico technique médecine générale, pharmacie, D.J.M, équipe opérationnelle d'hygiène, médecine du travail, kinésithérapie, service social du personnel, internat) • 1 pôle administratif • 50 Praticiens, 9 internes, interviennent actuellement au sein des pôles cliniques.

Le pôle de Psychiatrie Infanto Juvénile comprend :

• 10 CMP/CATTP • 3 Hôpitaux de jour • 1 Unité d'Hospitalisation Temps Complet de 6 places pour adolescents (extension prévue pour 12 places), avec 4 places d'hospitalisation de jour post hospitalisation • 1 Centre de Diagnostic et d'Accompagnement précoces de l'Autisme du Loiret • Des alternatives à l'hospitalisation (Service d'Accueil Familial Thérapeutique, séjour de rupture) • Pédopsychiatrie de liaison.

Dans le cadre du projet médical du territoire, le pôle est porteur du projet de création d'une Equipe Mobile d'Intervention de Crise auprès des Enfants et Adolescents (EMICEA) à vocation départementale.

Les médecins pédopsychiatres ou psychiatres à recruter seront intégrés dans le dispositif actuel et participeront activement à la mise en œuvre des nouveaux projets.

L'effectif médical actuel du pôle est de 12 Praticiens et 3 internes.

Le projet de pôle de Psychiatrie Infanto Juvénile est consultable sur le site internet du C.H.D.G. Daumézon.

La Commission Formation – Recherche de l'Établissement favorise et soutient une politique dynamique de formation des jeunes médecins et s'inscrit dans le développement des travaux de recherche clinique, en lien avec le C.H.U de TOURS (37).

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA PART COMPLÉMENTAIRE VARIABLE DE REMUNERATION

• Poste prioritaire • Indemnité d'activité sectorielle et de liaison • Indemnité d'engagement au service public • Prime multi établissements.

AVANTAGES :

• Possibilité de logement sur place ou d'aide au déménagement du praticien • Crèche du personnel • Utilisation d'une voiture de secteur ou indemnisation frais de transports et de repas • Internat sur place accueillant et chaleureux.

INFORMATIONS ET CONTACTS :

Mme le Dr Rébecca HASSAPI-CHARTIER - Chef de Pôle - Psychiatrie Infanto Juvénile
Tél : 06 49 93 76 86 - Mail : rhassapichartier@ch-daumezon45.fr

Direction des affaires médicales
Tél : 02 38 60 59 76 - Tél : 02 38 60 79 07
Mail : direction@ch-daumezon45.fr

Centre Hospitalier Départemental Georges Daumézon
1, route de Chanteau
BP 62016 - 45402 FLEURY LES AUBRAIS





Association Hospitalière DE BRETAGNE

Etablissement sous convention
C.C.N.51 rénovée.

Possibilité P.H. détaché Fonction
Publique.

Logement de fonction
(maison individuelle en dehors
du centre hospitalier).

L'ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRETAGNE

PLOUGUERNEVEL - COTES D'ARMOR (E.S.P.I.C)

Gérant le Centre Hospitalier, l'Unité pour Malades Difficiles et des établissements
médico-sociaux.

RECHERCHE

PSYCHIATRES ADULTES

• 2 Postes à temps plein

• 1 poste à temps partiel pour le centre de soins de suite et de réadaptation addictologique
de Saint-Brieuc

Candidature et C.V. à adresser à :

M. le Directeur Général de l'A.H.B. - Centre Hospitalier - 22110 PLOUGUERNEVEL
Tél. : 02 96 57 10 65 - Fax : 02 96 57 10 34 - E-mail : mr.tasset@ahbretagne.com



Hospitalisation complète, de jour et de nuit
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



JOUVENCE NUTRITION

Médecin Psychiatre H/F



La clinique JOUVENCE NUTRITION est un établissement privé de soins de suite et de réadaptation de 37 lits d'hospitalisation complète et 10 places d'hospitalisation de jour, accueillant des adultes atteints de troubles du comportement alimentaire (TCA). La prise en charge s'effectue au moyen d'une équipe pluridisciplinaire.

Dans le cadre de notre extension, nous recrutons un psychiatre à temps complet en CDI.

Poste offrant de réelles perspectives d'évolution.

Missions :

Consultations médicales,
Prise en charge psychiatrique de la maladie,
Réunions pluridisciplinaires



Profil recherché :

Débutant(e) accepté(e),
Connaissance des TCA appréciée,
Rémunération à définir en fonction de l'expérience.

Postes à pourvoir pour début septembre 2017.

Lieu de travail : Messigny-et-Vantoux (Près de Dijon - Côte d'Or).

Contact :

Nicolas RÉROLLE - 03 80 60 02 50 - direction@jouvence-nutrition.fr

www.jouvence-nutrition.fr



Le Change Recrute Des Médecins Psychiatres et Pédopsychiatres

Dans le cadre de son projet de développement, le CHANGE met en œuvre de nouveaux modes de prises en charge des patients en restructurant l'hospitalisation temps complet et l'activité ambulatoire, avec un projet à 2 ans (2018) de constitution de filières : jeunes adultes, troubles de l'humeur, gériatrie-psychothérapie, psychiatrie polyvalente. Les compétences dans ces domaines (troubles de la personnalité, TCA, addiction, dépression, bipolarité, ECT), ou leurs acquisitions sont appréciées.

Le pôle, d'un effectif de plus de 30 psychiatres, est composé de 3 secteurs adultes (300 000 habitants) avec ses CMP et de structures intersectorielles : hospitalisation de post-urgence (12 lits) et liaison, hospitalisation de jour, unité de réhabilitation labellisée, hébergement et accueil familial thérapeutique et d'un inter-secteur de pédopsychiatrie composé des structures classiques ainsi que d'une hospitalisation jeunes enfants.



Le bassin annécien, région touristique, offre un cadre de vie très attractif avec son lac et les montagnes environnantes, terrains d'activités été comme hiver. La proximité de Genève (35 km) complète l'offre culturelle de la ville d'Annecy.

Profil du médecin

- Médecin inscrit au conseil de l'Ordre
- Type de contrat ou de statut à étudier selon le candidat

Contacts

- Dr LECUYER - mlecuier@ch-annecygenevois.fr
- Mme COLLET - Directrice des affaires médicales - pcollet1@ch-annecygenevois.fr
- Mme MARIN - Direction des affaires médicales - lmarin@ch-annecygenevois.fr



LE CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN - HOPITAL PSYCHIATRIQUE - Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

RECRUTE 2 MÉDECINS PSYCHIATRES CDI TEMPS PLEIN

Disponibilité des postes : IMMEDIATE

Rémunération selon Convention Collective 51- Possibilité Détachement P.H.

En intra-hospitalier et
extra-hospitalier

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

Tel : 04 74 52 28 18

Email: alialper.onal@cpa01.fr



Clinique
de Vaugneray



La Clinique de Vaugneray, établissement de santé privé non lucratif (ESPIC),
situé à 20 km de Lyon
Recrutement immédiat

Rémunération annuelle pour un temps plein selon CCN 51 (FEHAP)
avec reprise d'ancienneté
de 81 576 à 124 935

+ rémunération forfaitaire des astreintes à domicile

Coordonnées :

Dr Cini - Président de la CME - Mail : s.cini@clinique-vaugneray.fr

V. Garon - Directrice adjointe - Mail : v.garon@clinique-vaugneray.fr

Site internet : www.clinique-vaugneray.fr

Pour une unité innovante d'accompagnement patients psychiques stabilisés

**Un médecin gériatrie-psychothérapeute
CDI à 0,10 ETP**

Pour un service de psychiatrie générale adulte (longue évolution)

**Un médecin psychiatre chef de service
CDD à 0,80 ETP**



Le Centre Hospitalier d'Aurillac (Cantal 15)

Etablissement moderne de 921 lits et places, doté d'un plateau technique complet et performant, situé au cœur de la ville, à proximité des commerces et écoles, à 30 minutes de la station de ski du Lioran et 3 heures de Montpellier.

**RECRUTE UN MEDECIN PSYCHIATRE TEMPS PLEIN
A ORIENTATION PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE:**

Les candidatures sont à adresser à Monsieur le Directeur

Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac

50, Avenue de la République - 15002 AURILLAC Cedex

mail : afmed@ch-aurillac.fr





Spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales, le Centre Hospitalier d'Erstein dispose de 220 lits de psychiatrie, de 201 places d'alternatives à l'hospitalisation complète, de 40 lits de soins de longue durée, de 26 lits en EPHAD et 14 lits d'UHR.

RECRUTE 1 PEDOPSYCHIATRE

Pour le Pôle de Périnatalité, Enfance et Adolescence, couvrant le secteur du sud du Bas-Rhin (67), à proximité de Strasbourg. Un intérêt et/ou des compétences relevant du secteur de la périnatalité et/ou de la petite enfance est souhaité. Le professionnel intégrera une équipe médicale étoffée composée de 7 praticiens hospitaliers, de 2 assistants et de 2 internes.

Le poste est à pourvoir dès que possible sur statut d'assistant ou de Praticien contractuel et sera transformé en poste de Praticien Hospitalier courant 2018.



Les personnes souhaitant obtenir des informations complémentaires sur le poste proposé peuvent contacter le chef de pôle, Dr STEINBERG Nicole au 03 90 64 21 76

Les candidats doivent adresser leur candidature (CV et lettre de motivation) à l'attention du directeur d'établissement, M. DUFFOUR Gilles, par mail : g.duffour@ch-erstein.fr

Ou par courrier : Centre Hospitalier d'Erstein à l'attention du Directeur, M. DUFFOUR Gilles - 13, route de krafft - BP 300 63 - 67152 Erstein CEDEX



Le Centre Hospitalier de BRIEY RECRUTE PSYCHIATRE

• Il s'agit d'un établissement situé à 30 minutes de METZ, 1h15 de Nancy, à proximité du Luxembourg (Aéroport)/Belgique. Localisé idéalement sur l'axe autoroutier Paris/Strasbourg, Nancy/Luxembourg.
• Intérêt d'un travail dans un établissement MCO (accès au plateau technique : IRM, TDM, avis spécialisé).

• Profil de poste :

- 50% intra hospitalier.
- 50% extra hospitalier.
- Poste disponible de suite.
- Possibilité temps plein, temps partiel, temps partagé.
- Psychiatre débutant ou expérimenté (différents statuts : praticien contractuel, assistant, praticien hospitalier).

Conditions salariales attractives de recrutement (astreintes régulières doublé la semaine par les internes et le week-end par IDE avec système de télé prescription, activités multi sites,...), 25 jours de CA, 19 RTT, 15 congés formation, possibilité de financement de formation/DU/DIU.

Possibilités de vacances, expertises...

Dispositifs :

- Intra hospitalier (30 lits, dont 10 lits destinés aux soins sans consentements).
 - Hôpital de jour (6 lits).
 - 2 CMP avec CATTP, thérapie familiale et approche systémique.
- Actuellement 3 praticiens en poste et 1 à 2 internes en psychiatrie adulte. 2 praticiens et 1 interne en pédopsychiatrie.

Contacts :

- Dr Guillaume VLAMYNCK
03 82 47 50 33 - guillaume.vlamynck@ch-briey.fr
- Dr Eric CANEL - Chef de pôle - Chef de service
03 82 47 50 33 - eric.canel@ch-briey.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTES (17)

RECHERCHE UN(E) PEDOPSYCHIATRE Poste temps plein

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

Doté d'une équipe dynamique, le pôle dispose de moyens variés repartis sur le territoire Sud et Est de la Charente-Maritime (Saint-Jean d'Angély, Saintes) :

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

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

Contacts :

Dr CLEIREC Paul - Chef de pôle psychiatrie adulte et infanto-juvénile - Téléphone : 05 46 95 15 27 - Mail : p.cleirec@ch-saintonge.fr
Mme Da Silva Bigot - Directrice des affaires médicales - Téléphone : 05 46 95 12 55 - Mail : a.da-silva-bigot@ch-saintonge.fr



Situé dans l'agglomération d'Angoulême, sur la ligne TGV/LGV Paris Montparnasse/Poitiers/Bordeaux, le centre hospitalier Camille Claudel, établissement public de santé mentale de la Charente, recrute des :



Psychiatres / Pédopsychiatres

Ayant le goût du travail en équipe et souhaitant s'investir dans les axes du projet médical (troubles bipolaires, réhabilitation psychosociale, addictions, personnes âgées, TSA...).

Le recrutement peut se faire sous le statut de praticien contractuel ou de praticien hospitalier.

Les candidatures (CV + lettre de motivation) doivent être adressées à l'attention de :
Monsieur Roger ARNAUD - Centre hospitalier Camille Claudel
Route de Bordeaux - CS 90025 - 16400 LA COURONNE.

Contacts :

- Service des affaires médicales : affaires.medicales@ch-claudel.fr - 05 45 67 58 82
- Madame le docteur Marie-José ROUSSEAU - Présidente de la commission médicale d'établissement marie-jose.rousseau@ch-claudel.fr - 05 45 67 59 32





L'Association Audoise Sociale et Médicale (980 salariés – établissements sanitaires et médico-sociaux – www.ussap.fr) membre de l'Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées gère 4 des 5 secteurs de psychiatrie générale et 1 des 2. Intersecteurs de psychiatrie Infanto-Juvenile dans le département de l'Aude réputé pour sa qualité de vie.

Dans le cadre de son projet médical 2017-2021 fondé sur le rapport LAFORCADE avec l'appui du centre de preuves du Professeur HARDY-BAYLE, l'ASM Recrute :

- **Un pédopsychiatre** (à temps plein ou partiel) Intégré(e) au sein d'une équipe médicale composée de 5 ETP
- **Un médecin psychiatre** (à temps plein ou partiel) Intégré(e) au sein d'une équipe médicale de 4/5 psychiatres par secteur ou intersectorielle.

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

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à contacter le Dr Guillaume Guérineau de Lamérie
Président de la Conférence Médicale d'Établissement, gguerineau@asm11.fr
ou le Responsable de Pôle Psychiatrie Addictologie, elegourieres@asm11.fr – 06 66 39 89 19

Vous pouvez transmettre votre candidature (CV et lettre de motivation) à : Sylvie BONETTO, Directrice Générale de l'USSAP
— Par courrier – Place du 22 Septembre BP111 – 11304 LIMOUX CEDEX
— Par courriel – à direction@ussap.fr



RECHERCHE

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

Établissement public de santé dont le siège social est à Saint Giron. Le Centre Hospitalier comprend plus de 1000 salariés dont plus de 65 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, Urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.

PEDOPSYCHIATRES

(Toutes les candidatures seront étudiées et négociées sur poste PH temps plein – titulaire ou PH Contractuel)
(P.A.E et autorisation d'exercice obligatoires pour les médecins hors Union Européenne)

DES PSYCHIATRES

(Toutes les candidatures seront étudiées – sur poste PH temps plein titulaire ou PH Contractuel)
(P.A.E obligatoire pour médecin hors Union Européenne)
DONT UN POSTE temps pleins situé aux urgences du CH entre Folx et Pamiers

Envoyer candidature conforme à la réglementation nationale et européenne et CV détaillé à :

M. Frédéric Riant - Directeur des Ressources Humaines
Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 SAINT GIRONS CEDEX
Tél. : 05 81 09 14 40 - Fax : 05 61 96 20 30
ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr



Le Centre Hospitalier Georges MAZURELLE – EPSM Vendée recrute PSYCHIATRES (PSYCHIATRIE ADULTE ET/OU INFANTO-JUVÉNILE)

Par mutation ou contrat - inscription au Conseil de l'ordre ou PAE exigée

Établissement Public de Santé Mentale de Vendée, le CH Georges Mazurelle comprend 5 pôles adultes, 3 pôles enfants, 1 pôle adolescents, 1 fédération de géronto-psychiatrie ainsi qu'1 maison d'accueil spécialisée.

Ses 1 400 agents et 76 médecins et internes accueillent les patients dans plus de 850 lits et places.

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

Idéalement situé entre Nantes, et son CHU, et La Rochelle et à 30 minutes de la côte atlantique, l'établissement bénéficie du climat océanique vendéen et de près de 1 900 heures d'ensoleillement annuelles. La ville de La Roche-sur-Yon est classée 27ème ville où il fait bon vivre en 2017 selon L'Express.

Les candidatures avec CV sont à adresser au service des Affaires Médicales :

- Centre Hospitalier Georges Mazurelle - EPSM de Vendée - 85026 LA ROCHE-SUR-YON
- Ou par mail à damc@ch-mazurelle.fr - Tél. : 02 51 09 73 47

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



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

Le Centre Hospitalier du Haut Anjou (CHHA) regroupe les sites de Château-Gontier (Mayenne, 53) et de Segré (Maine et Loire, 49). Il recrute h/f

PSYCHIATRES (psychiatrie adulte)

PH temps plein / PH temps partiel ou Praticien contractuel

Titulaires des diplômes permettant l'exercice de la médecine et de la spécialité en France.

Rattaché au site de Château-Gontier, à 40 min d'Angers, le pôle de psychiatrie adulte est organisé comme suit : • 1 équipe de 4 psychiatres • 25 lits d'hospitalisation complète • 15 places d'Hôpital de jour (orientation jeunes adultes) • 1 CATTp autonome orienté sur l'insertion sociale et l'intégration au sein de la ville • Des urgences médico-psychologiques avec une présence IDE de 11h à 23h • 1 CMP sur Château Gontier + 3 antennes (Craon, Grez en Bouère et Cossé le Vivien) • Partenariats sportifs (utilisations des équipements, tournois) et culturels (Scène nationale « Le Carré ») avec la Ville

Contact : Mme GILLETTE - Affaires Médicales - 02.43.70.73.42 - affaires_medicales@ch-hautanjou.fr
Centre Hospitalier du Haut Anjou - 1 quai Georges Lefèvre - BP 50405 - 53204 Château-Gontier



Le Centre Hospitalier de Montfavet recrute UN CLINICIEN PSYCHIATRE

pour son service de l'U.M.D. (Pôle U.M.D.-U.S.M.P)



Le service reçoit des patients adressés par les secteurs de psychiatrie générale ou des U.S.I.P. pour des problématiques de dangerosité psychiatrique et de résistance au traitement, par les centres pénitentiaires pour des soins spécifiques à l'U.M.D., mais aussi des patients jugés irresponsables pénalement dans les suites d'un passage à l'acte médico-légal.

Le service accueille 79 patients en SDRE, soit 61 hommes sur quatre unités (unité d'admissions de 15 places, 2 unités de séjour de 15 places, unité de réhabilitation et de

préparation à la sortie de 16 places) et 18 femmes sur une unité. Il présente également une unité d'activités de sports (gymnase, salle de musculation, terrain de football, piscine) et d'ergothérapie (dessin, peinture, sculpture, poterie, cartonnage, chorale) pour des prises en charge pluri hebdomadaires.

Les sorties de l'U.M.D. s'effectuent sur décision de la Commission du Suivi Médical et arrêté préfectoral, le patient étant transféré vers son service d'origine.

Interlocuteurs :

Chef de pôle : Dr Starkman - 04 90 03 92 57
Président de la CME : Dr Picard - 04 90 03 90 88
Service des affaires médicales :
 Chantal LAURENS DAVESNE - 04 90 03 90 05

Envoi CV et lettre de candidatures par email à chantal.laurens@ch-montfavet.fr
 Soit à l'adresse postale suivante :
 Centre Hospitalier de Montfavet,
 Service des affaires médicales, avenue de la pinède, CS 20107,
 84918 AVIGNON cedex 9

Le CH de Digne-les-Bains (Alpes de Haute-Provence) est un établissement à échelle humaine, à 45 mn d'Aix-en-provence, impliqué dans la démarche de Groupement Hospitalier de Territoire avec ses interlocuteurs voisins.

RECHERCHE UN PH EN PSYCHIATRIE

(adultes : 126 lits, 80 places et MAS 25 lits)

CENTRE HOSPITALIER
DE DIGNE LES BAINS



Contact : Salvator CUCUZZELLA - Directeur des Affaires Médicales - Mail : scucuzzella@ch-digne.fr

Le Groupe Les Flamboyants

Cette structure fait partie du Groupe Les Flamboyants composé de 3 cliniques : Les Flamboyants Ouest et Les Flamboyants Sud (établissements de santé mentale) et Les Tamarins (établissement de soins de suite et de rééducation fonctionnelle) recrute :

UN MÉDECIN PSYCHIATRE H/F EN TANT QUE MÉDECIN LIBÉRAL

La clinique Les Flamboyants Sud

Poste à pourvoir dès le 19 Juin 2017 :

- 100% des consultations privées et des honoraires ou actes perçus
 - 10% de participation forfaitaire mensuelle à reverser à la Clinique des Flamboyants Sud
- Mise à disposition pour le médecin du cabinet de consultation, sis (adresse) 40 Chemin Cachalot 97410 St Pierre.



DEUX MÉDECINS PSYCHIATRE H/F EN TANT QUE MÉDECINS LIBÉRAUX

La clinique Les Flamboyants Ouest

Poste à pourvoir dès le 03 juillet 2017 :

- 100% des consultations privées et des honoraires ou actes perçus
 - 10% de participation forfaitaire mensuelle à reverser à la Clinique des Flamboyants Ouest
- Mise à disposition pour le médecin du cabinet de consultation, sis (adresse) 3 Bd des Mascareignes 97420 Le Port et de son secrétariat.



Pour tout renseignement, merci de contacter Mme De Palmas Aurélie au 02 62 45 85 04
 Documents à transmettre : CV - Attestation de spécialité - Diplôme et Photocopie de la carte professionnelle

www.clinique-flamboyants-sud.com





L'Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion
Recrute

DES PSYCHIATRES ET PEDO-PSYCHIATRES
(Postes de praticiens hospitaliers)

Services d'affectation possibles : secteur adulte Ouest, Nord ou Est, SMPR, secteur infanto-juvénile Est, service de réhabilitation et réinsertion psychosociale.

Rémunération au 4^{ème} échelon + 40% DOM + 10% précarité.
Prise en charge du billet d'avion.
Possibilité mise à disposition voiture et logement à l'arrivée.
Perspectives de titularisation.

Les candidatures (CV, lettre de motivation, copie des diplômes) sont à adresser :
Par courrier à : M. le Directeur de la Stratégie et des Affaires Médicales
Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion
42, chemin du Grand Pourpier - 97866 SAINT-PAUL CEDEX

Ou par e-mail à : Alexandra HOARAU - Responsable des Affaires Médicales
E-mail : al.hoarau@epsmr.org - Tél. : 02 62 45 86 49 - Fax : 02 62 45 35 35



VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05

✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HDNcode

